



FMUP

ANDREIA RAQUEL OLIVEIRA MARTINS

**TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO
LINGUÍSTICA E CULTURAL DA
“*SPIRITUALITY AND SPIRITUAL
CARE RATING SCALE*”**

**UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE À
ESPIRITUALIDADE E AO CUIDADO ESPIRITUAL**

Dissertação apresentada para a obtenção
do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos, sob a orientação do Professor
Doutor Francisco Pimentel, e co-
orientação da Enfermeira Mestre Sílvia
Caldeira.

**2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2012**

“Descubra o que é divino, santo ou sagrado para si. Dedique-se e ele, cultive-o do seu próprio modo.”

“Procure as respostas para as questões eternas e essenciais sobre a vida e a morte, mas prepare-se para as não encontrar. Desfrute da busca.”

(Schwartz, 2006)

DEDICO ESTE

TRABALHO...

À minha família e namorado por fazerem parte da minha vida,

Por serem a fonte onde busco a minha energia,

Onde partilho o que mais de profundo e íntimo existe em mim!

Aos meus amigos

Com eles partilho sorrisos, abraços, alegrias, sucessos e tristezas,

A presença deles na minha vida torna-me uma pessoa mais especial!

Aos doentes paliativos

Com eles aprendi a olhar a vida com “outros olhos”,

A cultivar a minha espiritualidade de uma forma mais intensa,

A ser uma pessoa mais feliz!

A todos aqueles que se encontram em sofrimento espiritual

Que este trabalho contribua para a otimização do cuidado holístico,

E que, o cuidado espiritual seja uma realidade presente na prática clínica.

AGRADECIMENTOS

Quando reflito na minha caminhada ao longo da elaboração do presente trabalho sinto um enorme regozijo, resultado não só da motivação que este trabalho me proporcionou, assim como resultado da presença de determinadas pessoas ao longo desta jornada. Neste sentido quero expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao meu orientador Doutor Francisco Pimentel, pelos seus comentários, sugestões pertinentes e disponibilidade marcada.

Gostaria de agradecer à minha co-orientadora Enfermeira Mestre Sílvia Caldeira pelo seu apoio, a sua amizade, a sua sabedoria, o seu incentivo e disponibilidade constante e incondicional. Sem dúvida que o seu companheirismo foi a minha fonte de energia em muitos momentos.

Gostaria ainda de agradecer...

À Enfermeira Mestre Carla Paiva, pelo seu apoio constante em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho. Pela sua amizade e companheirismo que foi sempre muito importante.

Ao Pedro Bandeira que se mostrou sempre disponível em apoiar-me em tantos momentos...

A todos aqueles que participaram neste trabalho, os tradutores Bruno Veiga, Benita Santos, Eleine Santos e João Ferreira, ao comité de juízes constituído pela Professora Rosa Coimbra, Irmã Paula, Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe. Assim como aos enfermeiros que participaram no pré-teste, à Enfermeira Mestre Maria Aparício, Enfermeira Ana Guedes, ao Enfermeiro Mestre Joel Ferreira, à Enfermeira Mestre Joana Bragança, assim como à Professora Sónia Quintão. A todos os enfermeiros que mostraram interesse e disponibilidade em participar neste estudo, um muito obrigada!

RESUMO

Introdução: O conhecimento acerca da espiritualidade em enfermagem tem vindo a ser desenvolvido em Portugal, embora com escassa evidência. É uma área classificada pelos enfermeiros como subjetiva, de difícil interpretação e para a qual não se sentem preparados. A Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale - SCRS) permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual e tem sido utilizada em estudos internacionais.

Objetivos: Analisar as propriedades psicométricas da SSCRS, permitindo a sua utilização em Portugal.

Metodologia: Partindo da SSCRS original, criada por Wilfred McSherry em 1997, procedeu-se à equivalência linguística e conceptual. A versão portuguesa foi aplicada a uma amostra de 94 enfermeiros de Unidades de Cuidados Paliativos e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos. Na validação seguiu-se a mesma metodologia do autor da escala original, tendo sido solicitada a autorização dos enfermeiros para participarem no estudo.

Resultados: Dos 94 enfermeiros que participaram no estudo, 15 são do sexo masculino e 79 do sexo feminino; a maioria tinha idades compreendidas entre os 21 e os 39 anos, trabalhava a tempo inteiro, por turnos, contando entre 2 a 6 anos de experiência. No processo de validação da escala, nomeadamente na análise da sua validade e fidelidade suprimiram-se 2 itens, resultando um instrumento com 15 itens. Obteve-se um valor de alfa de *Cronbach* 0.76 que demonstra que o instrumento apresenta características psicométricas razoáveis para a população portuguesa. Os enfermeiros inquiridos reconhecem a importância das necessidades espirituais, embora 60.8% refira não ter identificado nenhum diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual e 46.7% dos enfermeiros classifique a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual como insuficiente.

Conclusões: Após a análise dos resultados, a versão Portuguesa da SSCRS revela ser uma escala fiável e válida para avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Contudo, é necessário desenvolver mais investigação que permita generalizar os resultados. Os enfermeiros que participaram no estudo reconhecem o seu papel na espiritualidade e no cuidado espiritual. No entanto, existe uma clara necessidade de inclusão destas dimensões, nos conteúdos de formação em enfermagem.

Palavras-Chave: Espiritualidade, Cuidado Espiritual, Cuidados Paliativos, Enfermagem, Avaliação

ABSTRACT

Introduction: There has been a development of the knowledge on spirituality in nursing in Portugal, although it is not very significant. Nurses consider this field as subjective and difficult to interpret, and they feel ill-prepared to do. The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) allows us to evaluate the perception nurses have of spirituality and spiritual care and has been used in international studies.

Purpose: Analyse the psychometric properties of the SSCRS, thus allowing its use in Portugal.

Methodology: Based on the original SSCRS, which was developed in 1997 by Wilfred McSherry, a linguistic and conceptual equivalence was established. The Portuguese version was applied to a sample of 94 nurses working at Palliative Care Units and Intra-Hospital Palliative Support Teams. In the validation process the same methodology of the author of the original scale was followed. The nurses who participated in this study were asked for their written consent.

Results: 94 nurses participated in this study, 15 of whom were male and 79 were female; the majority was between 21 and 39 years of age, had a full-time schedule, worked in shifts, and had 2 to 6 years of experience. During the process of the scale validation, specifically in the analysis of its validity and accuracy, 2 items were suppressed, resulting in an instrument with 15 items. The Cronbach alpha value obtained was 0.76, which indicates that this instrument comprises the psychometric characteristics adequate for the Portuguese population. The nurses that were enquired recognized the importance of the spiritual needs, although 60.8% of them mentioned the fact that they have not identified any diagnosis related to the spiritual sphere and 46.7% of the nurses classify their formation regarding spirituality and/or spiritual care as insufficient.

Conclusions: According to the analysis of the results, the Portuguese version seems to be a reliable and valid scale for the assessment of the nurses' perception of spirituality and spiritual care. However, it is necessary to develop further investigation to make the generalization of the results possible. The nurses that participated in this study acknowledge their role in spirituality and spiritual care, although the clear need to include these dimensions in the contents of the formation of nurses remains.

Keywords: Spirituality, Spiritual Care, Palliative Care, Nursing, Evaluation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
ESTADO DE ARTE	15
1. A ESPIRITUALIDADE	16
1.1. Conceptualização da Espiritualidade	16
1.2. A Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem	26
1.3. A Espiritualidade nos Cuidados Paliativos	33
2. A “ <i>SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE RATING SCALE</i> ”	39
2.1. Adaptação Transcultural de Escalas	41
2.2. Equivalência Linguística e Conceptual	42
2.3. Equivalência Psicométrica da SSCRS	42
ESTUDO EMPÍRICO	46
3. DESENHO DE ESTUDO	47
3.1. Finalidade e Objetivos do Estudo	47
3.2. Hipótese De Trabalho	47
3.3. Tipo de Estudo	48
3.4. Materiais e Métodos	48
3.5. População e Amostra	48
3.6. Recolha de Dados	49
3.7. Fases de Estudo	50
3.8. Tratamento Estatístico dos Dados	54
4. RESULTADOS	55
4.1. Informação Demográfica da Amostra	57
4.2. Características Psicométricas da SSCRS	58
4.2.1. Validade de Constructo	58
4.2.2. Fidelidade	61
4.2.3. Análise Descritiva	66
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
6. CONCLUSÕES	79
6.1. Limitações do Estudo	79
6.2. Implicações	80
RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
Anexos	88
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados Original	89

Anexo II – Autorização para a Utilização do Instrumento de Recolha de Dados	93
Anexo III – Questionário e Instrumento de Colheita de Dados Adaptado	95
Anexo IV – Autorização para a Recolha de Dados	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Informação Demográfica da amostra na construção da SSCRS	39
Tabela 2 - Aspetos fundamentais da espiritualidade explorados na SSCRS.....	41
Tabela 3 - Caracterização da amostra por sexos.....	57
Tabela 4 - Matriz fatorial com rotação varimax	59
Tabela 5 - Fidelidade dos fatores originais.....	61
Tabela 6 - Fidelidade dos fatores finais.....	63
Tabela 7 - Taxa de resposta para cada item.....	64
Tabela 8 - Média, desvio-padrão, intervalos e percentis dos resultados	65
Tabela 9 - Correlações entre dimensões da SSCRS – Versão Portuguesa	65
Tabela 10 - Na sua opinião quem deveria ser responsável pela prestação de cuidados espirituais	67
Tabela 11 - Sente que é capaz de abordar as necessidades espirituais dos seus doentes.....	67
Tabela 12 - Na sua prática clínica, já alguma vez encontrou doentes com necessidades espirituais	68
Tabela 13 - Como tomou consciência dessa necessidade.....	68
Tabela 14 - Na sua prática clínica já identificou algum diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual dos doentes	69
Tabela 15 - Desde que se formou em enfermagem já frequentou alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais	69
Tabela 16 - Opiniões sobre a formação	70
Tabela 17 - Motivos que o levaram a não frequentar a formação	70

Tabela 18 - Como classifica a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual.....	71
Tabela 19 -No caso de os enfermeiros virem a receber informação em cuidados espirituais, que entidade(s) no seu entender, deve(m) ser responsável(is) por tal formação	71
Tabela 20 - Religião dos participantes	72
Tabela 21 - Com que regularidade considera praticar a sua religião.....	72
Tabela 22 - Diferenças entre os participantes que diagnosticaram e não diagnosticaram, na sua prática clínica, no âmbito da dimensão espiritual dos doentes.....	73
Tabela 23 - Diferenças entre os participantes fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Natureza conceptual de uma pessoa	21
Figura 2 - Adaptação da Pirâmide das Necessidades de Maslow a Cuidados Paliativos	22
Figura 3 - Quadro Conceptual do Cuidado Espiritual em Fim de Vida	36
Figura 4 - Processo de Adaptação Transcultural da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS - PT)	53
Figura 5 - Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual	55

SIGLAS

ASSET - *Actioning Spirituality and Spiritual care in Education and Training*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ICN - Conselho Internacional dos Enfermeiros

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

SSCRS – *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

KMO - *Kaiser–Meyer–Olkin*

INTRODUÇÃO

Esta dissertação enquadra-se no âmbito do Mestrado de Cuidados Paliativos (CP), ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, concorrendo à obtenção de Grau de Mestre.

A temática em estudo relaciona-se com a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual através da Adaptação Transcultural da *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* (SSCRS). Iniciou-se este estudo de investigação com a seguinte questão: Que propriedades psicométricas estão presentes na SSCRS, que permitam a sua validação em Portugal?

Cuidar o doente enquanto pessoa individual e singular reflete-se, quer pela satisfação dos cuidados recebidos pela pessoa doente, quer pelo crescimento pessoal e profissional do enfermeiro que cuida, sendo os Cuidados Paliativos (CP) uma área major na arte e ciência do cuidar.

A realidade atual caracteriza-se por um aumento exponencial das doenças crónicas, a par com o aumento da longevidade, passando a morte a ocorrer no final de uma doença crónica evolutiva e prolongada (Barbosa & Neto, 2010a). Perante este acontecimento, os CP assumem um papel determinante, pois segundo a *European Association for Palliative Care* (1998) os CP “(...) afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, não pretendem apressar ou adiar a morte, mas sim se propõem a preservar a melhor qualidade de vida possível até à morte”. Face a este acontecimento, os CP desempenham uma função imprescindível na nossa sociedade, tendo em conta que se encontra envelhecida, resultado do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade.

A espiritualidade é a dimensão da vida humana que “nos anima, que nos dá vida, unicidade e integridade” (Caldeira, 2011, p.53), faz de cada ser humano um ser único e singular. A espiritualidade encontra-se presente na vida de todo o ser humano, “está presente em todos os indivíduos e pode manifestar-se como a paz interior e força advinda do relacionamento com um Deus transcendente/ uma realidade última, ou outro que seja valorizado como supremo. A dimensão espiritual invoca sentimentos que demonstram a existência de amor, de fé, de esperança, de confiança, de temor e de inspirações. Desta forma oferecem sentido e razão para a existência. É enfatizado particularmente quando o indivíduo enfrenta estresse emocional, doença ou morte” (Narayanasamy, 1999, p.274). O autor remete-nos ainda, para a importância acrescida

que as necessidades espirituais adquirem nos momentos de doença e de confronto com a morte. Desta forma, a espiritualidade ajuda aqueles que terão de enfrentar a sua doença terminal a serem capazes de viver o tempo que lhes resta, com verdadeiro sentido. Com base nesta realidade, e pelo facto de ser um fenómeno multidimensional, compreende-se a importância da avaliação e intervenção no doente paliativo em sofrimento espiritual.

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que possui o privilégio de cuidar o doente nas suas vinte e quatro horas, desfruta de uma posição favorável, uma vez que lhe permite conhecer o mundo mais íntimo e significativo do doente.

Conhecendo que os enfermeiros sentem falta de preparação para o cuidado espiritual (Caldeira & Narayanasamy, 2011), sabendo que consideram a espiritualidade um conceito subjetivo (McSherry, 2006), sabendo que os enfermeiros por vezes não reconhecem as suas intervenções para o cuidado espiritual (Caldeira, 2002), e ainda conhecendo que a divulgação científica em Portugal acerca da temática é relativamente recente e escassa (Caldeira, Castelo Branco, Viera, 2011), questionamos como será a realidade nas equipas de CP. Tal como já descrito, “o cuidado espiritual requer preparação e investimento na investigação. A espiritualidade deve ser abordada de modo científico e não apenas uma forma de sentir compaixão ou rezar com os doentes” (Caldeira & Narayanasamy, 2011, p.124). O ensino acerca da espiritualidade e cuidado espiritual deve ser alvo de atenção de forma a potenciar as competências dos enfermeiros na prestação de cuidados holísticos.

Atendendo à nossa realidade, terá o enfermeiro competências para promover o cuidado espiritual? Qual a sua perceção acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual? Antes de mais é necessário salientar a importância que o enfermeiro assume na promoção do bem-estar espiritual do doente paliativo. A sua capacidade de promover uma relação empática, de estabelecer relação interpessoal e competências comunicacionais, refletem exemplos de aptidões ou competências que o enfermeiro deverá adquirir e desenvolver na área da espiritualidade (Caldeira, 2011), que possibilitam desta forma, um conhecimento mais enriquecedor da sua personalidade e uma atuação mais eficaz no alívio do sofrimento espiritual do doente paliativo.

Ciente da importância que a espiritualidade assume em contexto dos CP, a validação da escala SSCRS permitirá perceber qual a perceção dos enfermeiros portugueses (em CP) acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual, tratando-se de um passo determinante para a construção de um caminho que visa o aperfeiçoamento das competências do enfermeiro no que respeita à espiritualidade do doente paliativo.

A SSCRS foi criada por Wilfred McSherry em 1997, e tem sido utilizada em estudos realizados noutros países. Neste momento integra um estudo de investigação multicêntrico organizado pela *European NetWork Research on Spirituality*, que envolve entre outros países (Malta, Reino Unido, Noruega e Holanda). Wilfred McSherry constatou que, o maior problema na área da investigação da espiritualidade e do cuidado espiritual reflete a ambiguidade e subjetividade na utilização dos termos “espiritualidade” e “cuidado espiritual”, devendo, por isso, ser uma área privilegiada na investigação. Para contornar esta situação e poder realizar uma análise estatística mais simplificada, procedeu à construção da SSCRS baseada em áreas chave associadas à espiritualidade e ao cuidado espiritual, nomeadamente a esperança, o sentido e significado na vida, o perdão, as crenças e valores, o cuidado espiritual, o relacionamento interpessoal, a fé num Deus ou ser supremo, o moral e a criatividade/arte (McSherry et al., 2002).

A finalidade deste estudo é disponibilizar um instrumento validado e traduzido na língua portuguesa, que permita medir a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Neste sentido, o objetivo central é proceder à tradução e validação para a cultura portuguesa da SSCRS. A população é constituída por enfermeiros que desempenham funções nas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) em Portugal. No estudo temos uma amostra de conveniência. É um estudo de investigação transversal e prospetivo (quanto ao tempo), exploratório-descritivo nível I (quanto ao objetivo do estudo) e observacional (quanto à intervenção do investigador).

Esta dissertação é essencialmente composta por duas partes. A primeira parte, integra a contextualização teórica que se encontra dividida em dois capítulos centrais, que fundamentam a investigação efetuada. No primeiro capítulo, introduzimos os conceitos de espiritualidade, assim como a sua pertinência no âmbito da enfermagem, e em particular na área dos CP. No segundo capítulo damos destaque à caracterização da SSCRS, tendo em conta que é o nosso instrumento de estudo e, enfatizamos a metodologia de validação de escalas.

A segunda parte do trabalho é constituída pelo terceiro capítulo que representa o estudo empírico, sendo descrito o desenho do estudo. Apresentamos a finalidade e os objetivos do estudo, assim como o tipo de estudo de acordo com os objetivos a atingir, os participantes e os procedimentos de adaptação do instrumento de recolha de dados utilizado. O quarto capítulo aborda o tratamento estatístico dos dados, nomeadamente a

apresentação dos resultados, incidindo na caracterização da amostra e análise das características psicométricas do instrumento. O quinto capítulo apresenta a discussão dos resultados obtidos. Para finalizar, no sexto capítulo constam as conclusões do estudo, as suas limitações e implicações.

ESTADO DE ARTE



1. A ESPIRITUALIDADE

“O final da vida afirma, inevitavelmente, a verdade do ser humano.

Confrontados com a morte e, na medida em que vamos amadurecendo a nossa compreensão do processo de morrer e promovendo os cuidados paliativos, vamos aumentando a nossa percepção da importância das necessidades espirituais. Estamos diante de um processo do despertar da consciência profissional sobre esta dimensão genuinamente humana, que exige competência na sua gestão.”

(Bermejo, 2009)

Tendo como princípio o pensamento do autor supra citado permite-nos refletir acerca da importância da espiritualidade como essência da vida humana e na função crucial que desempenha no âmbito dos CP, mais concretamente na prática de enfermagem. Este pensamento é a linha orientadora do presente capítulo.

1.1. *Conceptualização da Espiritualidade*

Ao longo dos tempos, o interesse dos profissionais de saúde no âmbito da espiritualidade, é cada vez mais significativo, não só pela inclusão dos valores espirituais nos seus cuidados, como forma de promover o bem-estar dos seus doentes, mas também pela própria consciência da importância que a espiritualidade desempenha nas suas próprias vidas (Puchalski, 2001).

Quando se efetua uma análise conceptual da palavra “espiritualidade” torna-se importante analisar a sua origem para que possamos compreender com maior clareza a sua essência e a sua dinâmica. Numa abordagem histórica da espiritualidade, constata-se que o seu significado deriva da sua associação com a religião ou na crença num Deus ou numa entidade superior (McSherry & Cash, 2003). Já Burnard (1998) nas suas obras abordou as necessidades espirituais dos ateístas e agnósticos defendendo que estes, embora não acreditem num Deus ou noutra entidade superior, possuem a sua espiritualidade que poderá incidir na sua filosofia existencial, nomeadamente na procura do sentido, significado e propósito da sua vida. Consciente desta realidade, torna-se crucial distinguir o conceito da espiritualidade do conceito da religiosidade.

Quando se aborda a religião, esta pode ser entendida como uma manifestação de fé/devoção perante uma entidade divina ou superior, que se manifesta através de uma prática e obediência face a um sistema organizado de crenças sobre a vida, que rege o

comportamento dos seus seguidores (Barbosa & Neto, 2010). “A palavra religião tende a criar imagens na nossa mente de coisas externas, como edifícios, autoridades religiosas e rituais públicos, como batizados, casamentos e funerais” (Narayanasamy, 2001, p.5). No entanto, quando abordamos a espiritualidade esta é entendida como a força vital da vida que integra os componentes biológicos, psicológicos e sociais e que poderá incluir ou excluir componentes religiosos de acordo com o sistema de crenças individuais (Baldacchino, 2011).

Na afirmação de Bradshaw, é-nos possível perceber a distinção entre religião e espiritualidade: “a religião é, meramente uma forma de expressar a espiritualidade” (Bradshaw, 1996, p.43). É com base neste último pensamento, que assenta a consciência de que a espiritualidade é mais abrangente que a religião e só através desta forma é possível conhecermos as necessidades espirituais do ser humano e, consequentemente sermos capazes de prestar cuidados espirituais. Tal como Caldeira (2011) refere, o homem em todo o percurso de vida, desde o nascimento da pessoa até ao momento da sua morte, é composta pela dimensão física, emocional, social e espiritual.

A palavra “espiritualidade” deriva da palavra “espírito”, que consiste “na força de vida, na essência e energia de cada pessoa. É a força que confere ao indivíduo a capacidade de transcender as leis naturais e ordens da vida, permitindo atingir uma dimensão misteriosa ou transcendente. O espírito orienta e motiva os indivíduos na procura de sentido e significado, expressando-se em todos os aspetos e experiências da vida, especialmente em momentos de crise e necessidade.” (McSherry, 2006, p.45). Atualmente existem inúmeras definições de espiritualidade, assim como diversos estudos que permitem um maior desenvolvimento no campo da investigação da temática em questão. Tal como já foi referido a dimensão espiritual é inerente à vida de cada pessoa, no entanto o grau de consciência face à importância da espiritualidade é diferente de pessoa para pessoa (Piecer & Hutton, 1992). “A espiritualidade é usualmente um conceito muito mais abstrato do que a religião e inclui áreas tais como o significado da vida, amor, humanidade, paz interior, tranquilidade, meditação, relações, individualidade, valores pessoais, entre outras coisas” (Narayanasamy, 2001, p.3). Porque cada pessoa busca a espiritualidade de acordo com as suas crenças e valores, esta dimensão enaltece a singularidade do ser humano, que se reflete na sua forma de ser e de estar perante a vida.

Quando abordamos a espiritualidade existem determinados temas e conceitos que começam a emergir: a espiritualidade é universal e presente em todas as pessoas; as

crenças religiosas não são um pré-requisito para a espiritualidade e a pessoa torna-se mais espiritual durante o “tempo de necessidade”, como por exemplo em situações de doença, perda de um ente querido (McSherry, 2006). Os conceitos de espiritualidade, segundo Edwards et al. (2010) encontram-se relacionados com:

- “Relação com o próprio” - na descoberta da sua própria identidade, na sua autoaceitação e autorreconciliação;
- “Relação com os outros” – as pessoas desejam a companhia das pessoas que lhe são mais significativas, muitas vezes são a sua força, o seu suporte e significado, sendo importante receber e dar amor;
- “Relação com a natureza e música” – estar em contacto com a beleza apresentada pela natureza, pode proporcionar conforto e inspiração, reduzindo a ansiedade, assim como inspirar a criatividade e paz interior;
- “Relação com Deus ou outra entidade superior” – manter uma relação especial com Deus ou numa entidade superior pode ser importante, como proteger as pessoas do medo da morte e solidão, dando-lhes força, conforto e paz;
- “Esperança, significado e propósito de vida” – a esperança está associada com o encontro do sentido da vida, onde as crenças espirituais poderão contribuir para a esperança, assim como a busca do sentido e significado poderá emergir das suas crenças filosóficas.

McSherry (2006) através de uma analogia da espiritualidade com uma “serra” e uma “bola de futebol”, procura mostrar como é que a espiritualidade se encontra patente na vida do ser humano. Na analogia apresentada na “serra”, o autor começa por explicar que a vida é como uma caminhada ou peregrinação. Em determinadas alturas a rota apresenta paisagens belíssimas. Noutras alturas, a caminhada torna-se mais difícil porque deparamo-nos com um caminho íngreme, e ao atingir o cimo desse pico, por vezes surgem picos ainda mais íngremes e mais difícil de percorrer. Assim é a vida e a espiritualidade na maioria das pessoas. Existem períodos onde nos defrontamos com dificuldades e conflitos, nomeadamente em situações de doença, doenças terminais e luto. Noutras situações as pessoas vivenciam situações de paz e de grande felicidade. É ao longo da sua caminhada, que a espiritualidade de cada pessoa é moldada e desenvolvida. Numa outra perspetiva, McSherry (2006) faz a analogia com uma “bola de futebol”, onde explica que a espiritualidade é composta por diversas dimensões que correspondem aos hexágonos de uma bola (cada hexágono corresponde a uma dimensão

da espiritualidade), encontrando-se interligados para a constituir. Existem momentos da vida em que a bola esvazia e necessita de ar, sendo nestes momentos que a pessoa questiona os acontecimentos da vida, perdendo o seu controlo. No entanto, são nestes momentos que questionamos a própria vida, sendo aqui que se inicia a busca do seu sentido e significado. Com base nesta analogia, podemos compreender o carácter complexo da espiritualidade e a sua relação com as outras dimensões que fazem parte da pessoa, pois para que o indivíduo possa ser compreendido na sua forma holística “a espiritualidade não pode ser destacada ou entendida de forma isolada” (Caldeira, 2011, p.58).

Tal como já foi referido, as necessidades espirituais surgem com maior intensidade em situações de maior crise ou de maior estresse na vida das pessoas, onde os enfermeiros deverão estar capacitados de competências que lhes permita atender a estas necessidades através da prestação de cuidados espirituais (Caldeira, 2011).

Caldeira (2009) define o cuidado espiritual como o “cuidado com, em e para o espírito. Envolve relação (com), presença consciente (em) e um objetivo que se espera revelar-se em melhoria da saúde (para), com preocupação, responsabilidade e respeito pelas crenças do paciente, negando uma forma de estar caracterizada apenas no fazer tarefas planeadas” (Caldeira, 2009, p.159). É através do cuidado espiritual que o enfermeiro conhece o que de mais profundo e íntimo existe no doente e, desta forma possibilitará prestar cuidados mais adequados face às suas características.

Quando abordamos o “Cuidado Espiritual” torna-se essencial compreender a sua dinâmica e a sua real importância. Segundo Edwards et al. (2010) o cuidado espiritual reflete a forma como o cuidado é prestado, isto é, o doente é tratado como um ser com necessidades únicas, com uma história de vida, onde os cuidados espirituais são encarados como cuidados vitais. Os doentes desejam profissionais de saúde que mostrem “boas capacidades de humanismo, ser encorajado pela amabilidade, compassivo, cuidados amáveis” (Edwards et al., 2010, p.762). Os doentes querem sentir que são amados, valorizados como ser humanos, seres com dignidade. As relações com os profissionais de saúde são uma mais-valia para o êxito no cuidado espiritual como referem os autores supracitados. Uma relação baseada na harmonia, em valores e na verdade permite ao doente verbalizar com maior facilidade as suas necessidades espirituais. O doente por vezes sente dificuldade em expressar as suas necessidades espirituais e angústias, que são muitas vezes negligenciadas quando, em muitas situações são ocultas ou mesmo disfarçadas com uma cara enfurecida, humor agressivo

ou depressivo, silêncio, ou sintomas físicos e emocionais, tais como a dor incontrolada, ansiedade ou depressão (Edwards et al, 2010). É através da capacidade do enfermeiro em comunicar e estabelecer uma relação empática que poderá criar um ambiente que possibilite ao doente e sua família discutir os seus valores espirituais, encorajando a verbalização dos seus medos, dúvidas e ansiedades e, permite desta forma, explorar as suas necessidades espirituais.

É imprescindível salientar que na abordagem holística do doente é crucial ter em atenção as dimensões que compõem a pessoa como um todo, onde a espiritualidade assume uma posição tão basilar e integrativa, como qualquer outra dimensão da grandeza humana. “O cuidado espiritual e a espiritualidade são as características chave do cuidado holístico” (Bush & Bruni, 2008, p.544). Sem a presença destes dois elementos não é possível atingir o que de mais íntimo existe no ser humano, o que lhe dá força e sentido no seu dia-a-dia, pois só assim se torna possível prestar o cuidado holístico, caso contrario o cuidado assenta na superficialidade do conhecimento da pessoa que se cuida. Narayanasamy (2001) aborda um modelo desenvolvido por Stallwood (1981) – Figura 1, onde explica que o indivíduo deverá ser visto como um todo sendo constituído pelo corpo, mente (psicossocial), o espírito e, estas partes estão interligadas. Assim, quando uma parte é afetada vai interferir com todas as outras partes. Procura ainda ilustrar como a pessoa funciona como um todo dinâmico, através de linhas descontínuas e as setas, sendo assim a função biológica influencia e é influenciado pela dimensão psicossocial, sendo esta expressa através do corpo. No que respeita à dimensão espiritual, esta expressa-se no ser humano enquanto um todo, na dimensão psicossocial e biológica.

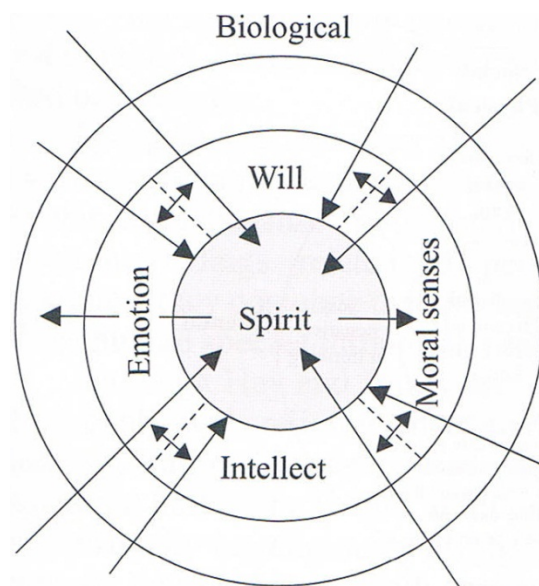


Figura 1 - Natureza conceitual de uma pessoa

(Narayanasamy, 2001, p. 7)

Na visão holística do ser humano é aceite que, todos nós possuímos necessidades quer a nível social, psicológico, físico e espiritual. No entanto, a identificação das necessidades espirituais assumem uma maior complexidade comparativamente às sociais, psicológicas e físicas (Narayanasamy, 2001). Quando se procura abordar a espiritualidade do doente torna-se fundamental explorar as suas necessidades espirituais. Como refere W. McSherry (2006) a necessidade espiritual não é ditada por regras ou limites, sendo exclusiva na vida do indivíduo que é interpretada e percecionada de forma única. Podemos ainda acrescentar que, “as necessidades espirituais são individuais, precisamente por dependerem do desenvolvimento da pessoa em todas as esferas da sua globalidade” (Caldeira, 2011, p.77). Desta forma, o conhecimento do indivíduo na sua forma holística permitirá ao enfermeiro prestar cuidados espirituais mais individualizados e apropriados.

Quando abordamos a espiritualidade é importante analisar e compreender as necessidades espirituais, que estão graficamente simbolizadas na adaptação da pirâmide das necessidades de Maslow proposta por Zalenski e Raspa (2006,) que se encontram representadas de forma hierárquica.

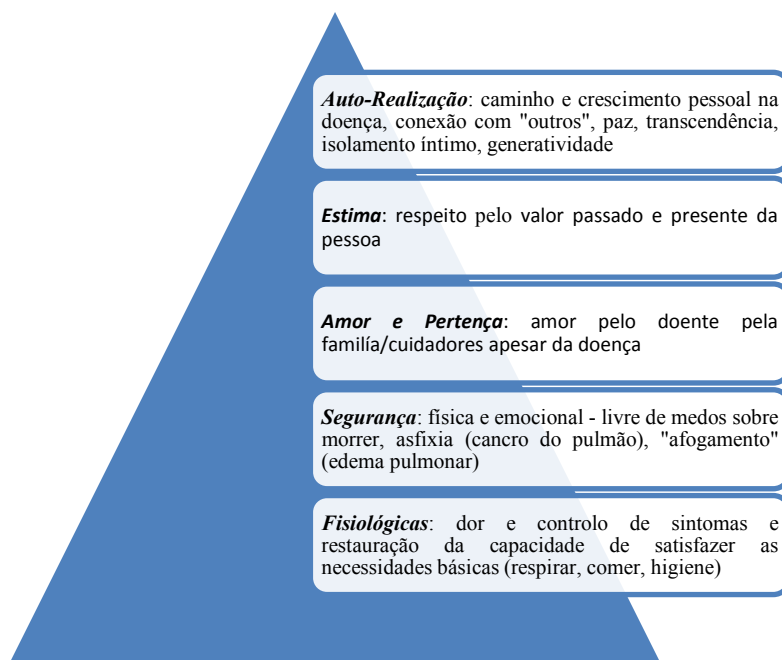


Figura 2 - Adaptação da Pirâmide das Necessidades de Maslow a Cuidados Paliativos

(Zalenski & Raspa, 2006, p. 1121)

Zalenski & Raspa (2006) aplicaram a Pirâmide de *Maslow* no âmbito dos CP. As *necessidades fisiológicas* ocupam a base da pirâmide, onde é importante o controlo da dor, de forma a proporcionar conforto ao doente, assim como a satisfação das suas necessidades básicas, uma vez que, com o avançar da sua doença ocorre uma falência física que poderá ameaçar a satisfação dessas mesmas necessidades. Seguidamente surgem a *necessidade de segurança*, podendo ser física ou emocional. Como exemplo de segurança física existe o risco de queda causada pela debilidade física e mental do doente e, como segurança emocional, o medo causado pela asfíxia (cancro do pulmão) ou de afogamento presentes nos doentes com edema pulmonar. No terceiro nível apresenta-se a *necessidade de ser amado e o sentimento de pertença*, que é uma necessidade especialmente importante em fim-de-vida, torna-se importante a partilha de pensamentos e sentimentos. Quando uma pessoa se sente amada ocorre a partilha de intimidade, sendo esta uma experiência que permite a autenticidade e o ser-se reconhecido e apreciado quer pelo próprio quer pelos outros. No quarto nível, surge a *necessidade de estima*, que é uma necessidade a ter em conta no doente paliativo, uma vez que ao sentir-se incapaz de acompanhar a sua família e amigos nas atividades habituais poderá desencadear um sentimento de incapacidade em usufruir a vida junto das pessoas que lhe são queridas, levando muitas vezes a um intenso sofrimento. Por

fim, temos a *necessidade de auto-realização*, que ocupa o topo da pirâmide. É uma necessidade concretizada através do crescimento pessoal do doente face à sua doença, onde a transcendência, a conexão com os outros, com o universo ou divindade é que intensificam a vida e facilitam a autorrealização.

Narayanasamy (2001) apresenta uma outra abordagem das necessidades espirituais, que poderão complementar as anteriores, nomeadamente:

- Necessidade de sentido e objetivo de vida: todo o ser humano busca algo que lhe proporcione sentido à vida e que simultaneamente o motive e ofereça um sentimento de satisfação. Segundo este autor, as pessoas que encontram sentido na sua vida ultrapassam com maior facilidade as circunstâncias difíceis, como a doença e o sofrimento. Sendo assim, é possível encontrar sentido e propósito nas experiências que acarretam sofrimento. Por outro lado, “a busca de sentido é constante e, como tal, está presente em todos os momentos da vida, entenda-se os bons momentos e os momentos de crise, a saúde ou a doença. Porém, é principalmente num contexto de sofrimento que esta necessidade espiritual é intensificada” (Caldeira, 2011, p. 74). Em contexto de CP esta busca assume um papel essencial, uma vez que o doente apresenta uma doença incurável e o encontro do significado na sua vida poderá proporcionar-lhe um sentimento de paz, serenidade e, de certa forma ajudar-lhe-á a encarar e a aceitar a sua doença com maior facilidade.
- Necessidade de amar e de relacionamentos harmoniosos: sem a intimidade e o conforto criados pela interação com os outros, seja com o cônjuge, companheiro ou amigo, dá lugar a um sentimento de solidão, pois encontramos-nos privados do toque, da segurança e do amor. “A manifestação da necessidade de ser amado são a autopunição, a depressão, a insegurança, a solidão e o medo. São indicadores da necessidade de ser amado pelo próprio, pelos outros e por Deus, caso a pessoa seja religiosa. A pessoa que recebe este tipo de amor experiencia sentimentos de autoconfiança, alegria, segurança, sentimento de pertença, esperança e coragem” (Narayanasamy, 2011, p.30). Todo o ser humano necessita de amar e ser amado. “O amor engrandece o espírito humano. Sentir-se amado proporciona um nível de bem-estar extremamente necessário para superar uma situação de doença ou de crise” (Caldeira, 2011, p. 74).
- A necessidade de perdoar: a capacidade de manter o equilíbrio passa pela necessidade de procurar resolver os conflitos da sua vida, isto é, perdoar e ser

perdoado. “Os sentimentos de culpa são expressos como sentimentos de paranoia, hostilidade, inutilidade, atitude defensiva, revogação, sintomas psicossomáticos, racionalização, crítica de si mesmo, dos outros e de Deus. O perdão pode trazer sentimentos de alegria, paz e exaltação” (Narayanasamy, 2001, p.31). Segundo McSherry (2000) os sentimentos de culpa ou os conflitos não resolvidos com as pessoas que são mais significativas irão provocar um desgaste em várias dimensões. Estes conflitos intra e interpessoais assumem uma posição de maior urgência na sua resolução em doentes em fase terminal, para que possam usufruir de momentos de harmonia e de paz interior.

- Necessidade de uma fonte de esperança: a espiritualidade passa pela busca de uma força interior e de esperança. A fonte de esperança poderá passar pelas crenças e valores pessoais, assim como pelas crenças religiosas, nomeadamente na crença da vida para além da morte. “A fonte de esperança promove a força de que precisa. A procura de força dá-nos a coragem necessária para enfrentar as inúmeras hostilidades presentes numa crise” (Narayanasamy, 2001, p.32). É importante explorar, junto do doente e família a sua fonte de esperança, nomeadamente o que lhe dá força e coragem para encarar as dificuldades da vida. Esta fonte torna-se uma ferramenta fundamental para ajudar o doente a encontrar a sua paz espiritual.
- Necessidade de criatividade: existem determinados aspetos da vida humana, como a literatura, a arte, a música e outras atividades que promovem a expressão do significado da vida humana, sendo assim, um veículo de comunicação. “Criatividade pode ser inspiradora, elevar as emoções das pessoas e sentir a beleza presente na criação” (McSherry, 2006, p.56). A criatividade pode ser expressa, por exemplo através da pintura. Neste sentido torna-se importante assegurar ao doente a continuidade das suas práticas espirituais, sempre que possível, mesmo em contexto de internamento.
- Necessidade de confiança: a confiança é a pedra basilar para que a relação com o outro seja autêntica e consistente. O indivíduo é negligenciado quando privado da confiança. “Nós sentimo-nos confiantes quando podemos estabelecer uma relação de confiança com os outros. A pessoa com estresse espiritual necessita de um ambiente que transmita uma relação de confiança. (...) Confiar é a capacidade de colocar a confiança na fidelidade dos outros, sendo essencial na saúde espiritual e no total bem-estar ” (Narayanasamy, 2001, p.32). É com base

na relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e doente, que é possível prestar cuidados espirituais.

- Necessidade de expressar as crenças e valores pessoais: cada pessoa rege-se pelos seus próprios valores e crenças. É de acordo com esse conjunto de crenças e valores que conduz a pessoa a determinados comportamentos. “A espiritualidade refere-se a qualquer coisa que a pessoa considera ser o maior valor na vida” (Narayanasamy, 2001, p.33).
- Necessidade de manter as práticas espirituais e de expressar o seu Deus: as práticas espirituais são as atividades desenvolvidas pela pessoa para promover a sua espiritualidade, não só as de natureza religiosa, mas também as atividades que passam pelo contacto pela natureza, pela apreciação de uma música, do contacto com os outros que lhes oferecem sentido e significado na vida.

É de salientar ainda que, segundo Narayanasamy (2001) a abordagem das necessidades espirituais deverá ter em conta o desenvolvimento humano, isto é as necessidades espirituais nas diversas fases do ser humano são vividas de forma particular. Durante a infância, a confiança, o sentir-se amado e a segurança são as necessidades espirituais mais prevalentes. Nesta fase, a criança aprende os conceitos acerca da religião através dos pais ou das pessoas que são mais próximas. Em situações de crise, as crianças apresentam uma grande dificuldade em verbalizar as suas necessidades espirituais. Na adolescência existe uma maior necessidade de procura de significado e de valor na vida. Os conflitos poderão ser mais recorrentes devido ao confronto com os padrões estabelecidos pelos pais, sendo a sua procura de força e de suporte nos grupos de pares. No jovem adulto, prevalece a procura de confiança, do amor, da esperança e do perdão. Trata-se de um período onde se experiencia uma elevada tensão, expectativas e luta espiritual, é um tempo de reestruturação do campo religioso, de valores morais e éticos, assim como um tempo de reorientação e crescimento da vertente espiritual. Na meia-idade, um conjunto de acontecimentos característicos desta fase pode levar a pessoa a questionar a sua própria vida, a morte de parentes ou do par, os filhos que saem de casa, a entrada na reforma ou a consciência das suas próprias limitações físicas. Nesta fase são comuns as seguintes necessidades espirituais: a necessidade de sentido e objetivo na vida, a necessidade de perdoar, a necessidade de receber amor e a necessidade de esperança e criatividade. Por fim, nos idosos os sucessos e insucessos na vida são importantes na renovação das suas crenças religiosas e crenças espirituais. Os idosos experienciam um autoconceito mais positivo

como resultado de um sentimento de cumprimento e de valor perante a vida. A procura das relações sociais e espirituais poderá passar pela filiação religiosa, sendo assim, a igreja e a religião promotoras de sentimentos de esperança e de propósito na vida dos idosos.

1.2. *A Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem*

Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN), no Código de Ética (2006) especifica como função do enfermeiro a promoção de “um ambiente na qual os direitos humanos, valores, costumes e crenças espirituais do indivíduo, família e comunidade são respeitadas” (ICN, 2006, p.4). Assim como, o Código Deontológico do Enfermeiro no Artigo 82^a, na alínea b) diz que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.57). Neste sentido, não deverá ser opção do enfermeiro em promover o cuidado espiritual, mas sim um dever que deverá estar presente na sua prática profissional.

Chan (2009) realizou um estudo onde procurou analisar as atitudes dos enfermeiros na prática de cuidados espirituais e chegou à conclusão que, existe uma relação positiva entre a perceção dos cuidados espirituais e a prática desse mesmo tipo de cuidados nos enfermeiros, pois mais frequentemente é incluído na prática do enfermeiro. Esta relação é significativa e vital, e só realça a necessidade de os enfermeiros aprenderem estratégias de abordagem aos doentes com necessidades espirituais, através da implementação de planos de educação ou *workshops* de cuidados holísticos, que abranjam a dimensão espiritual nos enfermeiros e que promovam a qualidade desse mesmo cuidado na prática profissional.

Baldacchino (2006), num artigo de reflexão acerca das competências do enfermeiro face ao cuidado espiritual, refere que o enfermeiro perante a angústia espiritual do doente poderá desenvolver um conjunto de estratégias que facilitará o desenvolvimento de uma relação empática. As competências abordadas pela autora passam por uma comunicação empática, o alargar o cuidado físico para o cuidado holístico do doente, o promover um ambiente tranquilo e sereno, o ajudar o doente a aceitar as limitações decorrentes da sua situação clínica, identificar os aspetos positivos da situação, facilitar *coping* religioso, instilar uma esperança no futuro, assistir a procura de significado e propósito na vida, fortalecer a relação entre doente e família,

assim como inclui-la nos cuidados e referenciar o doente para o seu representante religioso.

Segundo Narayanasamy (2001) a autoconsciência, as competências comunicacionais tais como o saber escutar, a construção de confiança e dar esperança e a necessidade de se desenvolver a nível da equipa de enfermagem são formas de abordagem no que se refere às necessidades espirituais do doente. Desta forma, a autora defende que o enfermeiro, para promover o cuidado espiritual, deverá adquirir as seguintes competências:

- A autoconsciência: passa pela capacidade da pessoa examinar as suas crenças e valores pessoais sendo um aspeto fundamental no cuidado espiritual. A capacidade de desenvolver a autoconsciência espiritual através da reflexão das suas atitudes, valores, crenças, opções, motivações e necessidades pessoais permite mais facilmente conhecer os seus próprios sentimentos e comportamentos e, conseqüentemente possibilita-lhe mais facilmente compreender os outros.
- Uma comunicação eficiente: é uma das competências que deve estar presente no cuidado espiritual, sendo a escuta ativa a ferramenta essencial na comunicação assente sem qualquer tipo de julgamento.
- Na confiança: a relação enfermeiro/doente é fundamental uma relação baseada na confiança, que permita o bem-estar do doente, sendo fundamental escutar atentamente os sentimentos partilhados pelo doente e responder a esses mesmos sentimentos, mostrar consistência especialmente no que respeita ao cumprimento de promessas e visualizar a situação de acordo com a perspetiva do doente.
- A promoção de esperança: sendo algo difícil de dar ao outro, pelo que o enfermeiro deverá encorajar o doente a desenvolver estratégias que promovam a esperança, como por exemplo, através da verbalização dos seus medos.
- A educação do doente: passa pela capacidade do profissional orientar o doente perante o corpo, a mente e o espírito. É através da construção de uma relação de confiança que o enfermeiro poderá ajudar o doente na procura do propósito e significado da sua vida. Um exemplo da educação do doente é através da sua orientação face a relações conflituosas ou destrutivas, resultante da negação de um ente querido, a falta de vida social, assim como a capacidade de aceitar a hostilidade.

Para além do reducionismo que sofre a espiritualidade à religiosidade, que de certa forma impossibilita os enfermeiros prestarem adequados cuidados espirituais, existem também um conjunto de obstáculos na sua prática profissional que igualmente têm influência na abordagem espiritual. McSherry (2006) dedicou especial atenção aos fatores que seriam a causa da negligência do cuidado espiritual. No seu estudo identificou dois tipos de obstáculos: “Obstáculos Intrínsecos” que se referem aos obstáculos inerentes ao enfermeiro e ao doente enquanto pessoa e, os “Obstáculos Extrínsecos” estando estes relacionados com fatores externos e ambientais. Como “Obstáculos Intrínsecos” o autor nomeou os seguintes:

- Incapacidade de comunicar: a comunicação é uma via de objetivação das necessidades espirituais. “A incapacidade de comunicar eficazmente resulta na incapacidade de expressar as necessidades espirituais e o enfermeiro torna-se incapaz de abordar ou interpretar as situações” (McSherry, 2006, p.130). Outros acontecimentos onde a comunicação poderá ser mais problemática são em pessoas que não tenham o desenvolvimento ou capacidade intelectual compatível com uma comunicação efetiva ou não possuam a capacidade de pensar no abstrato, como é o caso das crianças, pessoas com alteração cognitiva e de compreensão, como por exemplo, pessoas com demência. Nestas situações, Wilfred McSherry sugere a inclusão da família ou utilização de outras estratégias de comunicação, nomeadamente quadro com letras ou figuras.
- Ambiguidade: esta surge quando a incerteza ou falta de conhecimentos acerca do cuidado espiritual impossibilita o enfermeiro, de estabelecer uma relação terapêutica com o doente. A ambiguidade pode ainda aumentar quando o enfermeiro e o doente apresentam diferenças significativas nas suas crenças e valores. A necessidade do enfermeiro promover o cuidado espiritual não está assente na projeção das suas crenças no doente, mas sim no conhecimento das crenças e valores do mesmo, de forma a poder promover-las e inclui-las nos seus cuidados.
- Falta de conhecimentos acerca da espiritualidade: a falta de conhecimentos acerca da espiritualidade promove a ambiguidade e a sua negligência. Como tal, o autor menciona como estratégias promotoras de resolução do presente obstáculo, o autoconhecimento das necessidades espirituais por parte do enfermeiro, assim como a aquisição de uma formação mais profunda acerca da dimensão em questão.

- Sensibilidade inerente à dimensão espiritual: a área da espiritualidade trata-se de uma abordagem bastante sensível e profunda do conhecimento humano. Em algumas situações o enfermeiro poderá sentir-se incapacitado para prestar o cuidado espiritual adequado. Os enfermeiros são confrontados com determinadas questões que os conduzem à reflexão da sua própria espiritualidade, da sua filosofia de vida de doença e morte, podendo provocar-lhes angústia quando não se encontrarem desenvolvidos no campo espiritual.
- Envolvimento emocional: existem determinadas situações com as quais acarretam maior carga emocional para o enfermeiro, nomeadamente aquelas que envolvem questões relacionadas com a doença, a vida e a finitude (situações frequentes em CP). O enfermeiro é profissional e pessoa e poderá sentir-se susceptível a emoções ao lidar com o sofrimento humano (Caldeira, 2011).

Relativamente aos “Obstáculos extrínsecos” o autor mencionou os seguintes:

- Organizacionais e de gestão: para a promoção do cuidado espiritual pelo enfermeiro ao doente é necessário garantir que o espaço reúne as condições necessárias para o seu êxito. Esta medida não deverá passar por uma opção extra mas sim por uma norma. Os profissionais de saúde deverão estar alertas para a gestão do ambiente, da parte económica e das barreiras educacionais, que garantam a qualidade dos cuidados espirituais prestados.
- Falta de privacidade: as barreiras ambientais, desde a falta de silêncio que permita ao doente meditar e cultivar a sua espiritualidade até à falta de espaço físico nas enfermarias que possibilitam a privacidade e promovam a dignidade do doente. Presentemente, as instituições hospitalares possuem melhores condições físicas, o que facilita a promoção do cuidado espiritual.
- Restrições económicas: a contenção económica tem reflexo a vários níveis, desde em recursos materiais e humanos. O défice de profissionais de saúde conduz a uma redução de tempo disponível em escutar o doente, manter uma relação de confiança tão necessária para a prestação de cuidados espirituais. Por outro lado, esta falta de tempo leva a que os cuidados espirituais sejam encarados como cuidados de baixa prioridade comparativamente a outros cuidados, como por exemplo, os cuidados físicos.
- Aspetos educacionais: O ensino acerca da espiritualidade e cuidado espiritual inclui valores éticos como a individualidade e respeito por diversas crenças

religiosas (McSherry et al., 2008) apresentando um positivo impacto sobre os alunos pelo aumento da sua autoconsciência e conhecimento acerca dos cuidados espirituais com o crescimento espiritual de cada um. Ensinar a dimensão espiritual nos cuidados permitirá aos profissionais perceber a sua dinâmica e, desta forma incentivá-los a implementar cuidados centrados no doente através de uma abordagem holística (Baldacchino, 2011).

- Redução do tempo de internamento: a redução de tempo de internamento que hoje constamos deve-se aos grandes avanços tecnológicos. Desta forma, os enfermeiros não têm a possibilidade de estabelecer uma relação de confiança, sendo esta tão essencial para a abordagem espiritual do doente. Nestas circunstâncias “consideramos pertinente que o enfermeiro esclareça o doente acerca dos recursos existentes que podem apoiá-lo mesmo após a alta, inclusive os enfermeiros dos cuidados de saúde primários (...) nos cuidados de saúde primários o enfermeiro tem a possibilidade de conhecer as famílias e as pessoas que cuida com uma maior proximidade e maior conhecimento da sua circunstância de vida, fatores essenciais à prática dos cuidados espirituais” (Caldeira, 2011, p.88).
- Irrelevância para a área específica dos cuidados: a especificidade dos serviços onde os doentes estão internados podem contribuir para a negligência dos cuidados espirituais. W. McSherry exemplifica esta situação com as unidades de cuidados intensivos ou serviços de neurologia, onde os enfermeiros poderão sentir dificuldade na prestação de cuidados espirituais, pelo facto do doente estar ventilado ou pela alteração do seu estado de consciência. Nestas situações, a maior dificuldade advém do facto da capacidade de comunicação se encontrar comprometida. No entanto, o doente não deverá estar isento de cuidados holísticos face à sua condição clínica. Cuidados com este tipo de doente que promovam a sua privacidade, a comunicação, o toque, o respeito pela sua dignidade, assumem uma dimensão grandiosa. Nussbaum (2003) reflete a dificuldade que se sente nas unidades de cuidados intensivos na abordagem à família pela restrição das visitas, privando assim o doente dos seus entes queridos num momento de tão grande fragilidade. Caldeira (2011) reforça ainda que a interação com a família é fundamental para o bem-estar do doente, devendo esta ser também a recetora dos cuidados espirituais.

- Preconceitos sociais e profissionais: existem diversos preconceitos quer a nível dos profissionais de saúde, assim como na própria sociedade no que respeita à importância na abordagem da espiritualidade do doente. Estes preconceitos passam muitas vezes pelo facto da espiritualidade se igualar à religiosidade, sendo encarado como função exclusiva dos ministros de confissão religiosa. Ou, em outras situações, os enfermeiros “procuram prestar cuidados espirituais de forma secreta, o que acabam por abandonar esta prática por receio de represálias ou recriminação” (McSherry, 2006, p.143).

McSherry (2006) acrescenta ainda que é fundamental reconhecermos na equipa os obstáculos que impossibilitam a prática dos cuidados espirituais. Esse reconhecimento passa muitas vezes pelo desenvolvimento da nossa própria noção de cuidados espirituais e espiritualidade, assim como pelo reconhecimento dos nossos próprios medos e preconceitos que poderão ter consequências nesta dimensão do cuidar. Neste sentido, o autor apresenta os seguintes passos para a eliminação das barreiras existentes à espiritualidade:

- Obstáculos Intrínsecos:
 - Autoconsciência: procurar ser mais introspectivo através da reflexão dos seus próprios valores, crenças e atitudes. Disponibilizar tempo para pensar na sua própria espiritualidade, assim como discutir questões e atitudes na própria equipa.
 - Tolerância: respeitar as diferentes culturas, éticas, valores e os princípios religiosos, isentos de qualquer julgamento.
- Obstáculos Extrínsecos:
 - Informar: realizar o levantamento dos obstáculos que inibem a qualidade dos cuidados espirituais.
 - Recursos: é necessário ter noção dos recursos existentes que poderão contribuir para o cuidado espiritual, como por exemplo, panfletos ou livros que explicam os costumes e as diferentes práticas religiosas. Assim, possibilita ao enfermeiro maximizar a qualidade das suas intervenções junto do doente.

McSherry (2011) desenvolveu um estudo a nível nacional e apresentou os respetivos resultados aos membros do *Royal College of Nursing (RCN)* onde constatou que os enfermeiros reconhecem que a espiritualidade é uma área importante nos cuidados de enfermagem, devendo ser parte integrante desses mesmos cuidados. No

entanto reconhecem que não recebem preparação suficiente que lhes permita abordar eficazmente as necessidades espirituais dos doentes, sendo este resultado muito similar a um estudo que o autor realizou em 1997. Uma das razões apontadas é a ausência de programas educacionais que incidam na espiritualidade e no cuidado espiritual, no âmbito da formação profissional.

Como forma de demonstrar a importância da formação profissional, no que respeita à espiritualidade, foi realizado um estudo recente por Baldacchino (2011) onde aplicou o Modelo ASSET (*Actioning Spirituality and Spiritual care in Education and Training*), num grupo de enfermeiros, de forma a compreender qual o impacto na qualificação dos enfermeiros face ao cuidado espiritual. O Modelo ASSET foi criado por Narayanasamy em 1999, cujo objetivo passava por proporcionar um modelo orientador dos temas que pudessem ser abordados nos cursos de enfermagem, nomeadamente a autoconsciência da espiritualidade pelo próprio enfermeiro, o aprofundamento de conhecimentos acerca da dinâmica da espiritualidade e o aplicar o conhecimento e as competências anteriormente adquiridas para a prática de enfermagem. Com a utilização deste modelo, os enfermeiros atualizaram conhecimentos acerca da espiritualidade no cuidar, assim como permitiu a autoconsciência da sua espiritualidade e o assumir uma posição como agentes de mudança, no que respeita ao melhoramento da qualidade do cuidado espiritual. Cientes que na prática profissional a espiritualidade e o cuidado espiritual não deverão ser encarados como uma opção, mas sim como uma responsabilidade por parte dos profissionais de saúde (Caldeira & Narayanasamy, 2011), a formação torna-se essencial para que o enfermeiro possa adquirir aptidões e competências na espiritualidade e/ou cuidado espiritual do doente.

Para uma nova prática de enfermagem é necessário incluir as necessidades espirituais para que seja possível atender a todas as necessidades da pessoa doente. Raramente os enfermeiros identificam as necessidades espirituais e definem diagnósticos de enfermagem nesse âmbito, devendo este ser o primeiro passo de intervenção do enfermeiro, face ao cuidado espiritual do doente. Define-se como diagnóstico de enfermagem o “ julgamento clínico que não se refere diretamente à doença. Leva antes o enfermeiro a interessar-se pela maneira como a pessoa vive a sua doença” (Phaneuf, 2001, p.189). Muitas vezes é a forma como a pessoa vivencia a situação de doença, que espelha a sua espiritualidade. Sendo assim, é imprescindível que a elaboração dos diagnósticos de enfermagem no âmbito da espiritualidade e do cuidado espiritual seja uma realidade presente na prática clínica dos enfermeiros.

Corroboramos a afirmação de Caldeira ao argumentar que “É possível que se a formação abrangesse esta temática, os enfermeiros se sentissem mais preparados para a definição de diagnósticos, planeamento e cuidado espiritual” (Caldeira, 2002, p.21).

Num estudo realizado por Mitchell e seus colaboradores (2006) menciona que a planificação de cuidados é um método dinâmico e interativo que permite aos estudantes de enfermagem interrelacionar a parte teórica com a parte prática. Segundo estes autores, o desenvolvimento das competências dos estudantes de enfermagem na promoção de cuidados espirituais em doentes em fim de vida, passa por 3 etapas: a autoavaliação espiritual, o desenvolvimento de competências na avaliação espiritual e o desenvolvimento de um plano de cuidados através da planificação de cuidados. O facto de se facilitar as respostas face à espiritualidade pelos estudantes através da planificação de cuidados promove a reflexão acerca da natureza existencial da vida, da doença e do sofrimento do próprio e dos seus doentes. Avaliar a espiritualidade em fim-de-vida é promovido quando os estudantes utilizam a planificação de cuidados como uma estratégia que lhe facultam competências cognitivas e efetivas para o cuidado espiritual e o cuidado holístico.

A Ordem dos Enfermeiros em 2010 publicou o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - «cuidados paliativos para uma morte digna» com o objetivo de orientar os enfermeiros ao prestarem os CP para uma morte digna e apoiar a documentação sistemática de cuidados utilizando a CIPE. Este catálogo enumera enunciados de diagnósticos e resultados relacionados com o conforto espiritual, que contemplam as crenças espirituais e religiosas, a angústia e o sofrimento espiritual, o bem-estar espiritual e apoio espiritual, relevando acompanhar o que a literatura internacional advoga em relação à necessidade de integrar a atenção ao espiritual nos cuidados de saúde e de enfermagem em particular.

1.3. *A Espiritualidade nos Cuidados Paliativos*

Com os avanços da medicina ao longo do século XX ocorreram inúmeros avanços científicos, tecnológicos e sociais, que possibilitaram o aumento da longevidade. A morte passou a ser combatida com sucesso, essencialmente em casos de doenças agudas e, conseqüentemente ocorre com maior frequência no final de uma doença crónica, evolutiva e mais prolongada. A busca da cura de muitas doenças conduziu a uma cultura de “negação da morte” e as intervenções na saúde que

possibilitassem ao doente um fim de vida mais digno foram colocadas para segundo plano. Neste sentido, a morte passou a ser compreendida como um fracasso, um falhanço e uma frustração para muitos profissionais de saúde, que esqueciam que a morte não é algo que poderá ou não ser inevitável, mas sim algo de inexorável da própria condição humana (Barbosa & Neto, 2010). Perante esta busca constante da cura da doença e da negação da morte, onde se enquadram os doentes cuja doença é progressiva e incurável? É com base nesta questão e tantas outras, que se torna relevante abordar os CP e os seus princípios. Em 2002 a Organização Mundial de Saúde definiu os CP como:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que encaram uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.”

O alívio do sofrimento trata-se de um objetivo primário quando a doença é incurável, pelo que os profissionais de saúde não só deverão tratar a dor, mas também deverão estar atentos às causas existenciais e emocionais do sofrimento. Neste sentido, o cuidado espiritual é um caminho que permite abordar essas necessidades espirituais (Hanson et al., 2008).

Segundo as *Guidelines* para a qualidade em CP, aprovado pelo *National Quality Forum* (2009), inclui um requisito para o cuidado espiritual: *Guideline 5.1*. “As dimensões espirituais e existenciais são avaliadas e respondidas com base na melhor evidência disponível, a qual é habilmente e sistematicamente aplicada”. Tendo em conta que a unidade recetora dos cuidados é o doente e a sua família/pessoa significativa, torna-se impreterivelmente necessário incluir a família no cuidado espiritual, pois só assim é possível o alívio do sofrimento espiritual do doente paliativo. “Os cuidados espirituais devem ajudar os doentes e suas famílias a encontrarem um significado e promover um senso de conexão e de paz face ao sofrimento e à morte” (Hanson, 2008, p.908). É no encontro da paz espiritual, que a relação entre doente e sua família enaltece e encontra o verdadeiro significado.

Tal como afirma Gijsberts. “Os valores espirituais tornam-se mais relevantes em fim de vida” (Gijsberts, 2011, p.852). Muitas vezes, é nesta fase que a pessoa busca incessantemente a paz interior, reflexo quer da relação com o próprio quer da sua relação com os outros. Talvez, quando o ser humano se confronta com a morte, tenha uma maior necessidade de encontrar o sentido e significado para a sua vida. Foi

realizado um estudo com 340 pacientes com doença avançada, cujo objetivo passava por determinar os fatores que os pacientes e suas famílias, assim como os médicos e outros prestadores de cuidados consideram importantes em fim de vida. Após avaliação dos resultados conclui-se que 80% referem que, para se preparar para morrer é necessário estar em paz com Deus, rezar e sentir que a sua vida está completa. Outros, 95% dos doentes concordam que é muito importante em fim de vida manter a sua dignidade. 90% despediram-se das pessoas que lhes são significativas, 86% sentiram-se confortáveis em falar com os profissionais de saúde acerca da morte e o morrer e 85% partilhar os dias com os seus amigos (Steinhauser, et al., 2000). Perante estes resultados concluímos que a dimensão espiritual desempenha um papel central nos doentes em fim de vida, devendo ser um alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde.

Num outro estudo realizado em UCP, mais de 90% dos doentes referem que a espiritualidade é importante e ainda que, as “estratégias negativas de *coping* religiosas, como por exemplo, sentirem-se punidos por Deus, tem uma relação positiva com o estresse, confusão, depressão e negativamente associada com o bem-estar físico e emocional, assim como a qualidade de vida” (Hills et al., 2005, p.787). Logo, podemos afirmar que a espiritualidade em CP assume uma posição determinante para o bem-estar do doente paliativo e para que este possa viver o mais ativamente possível até ao momento da sua morte.

Em 2008 foi realizado um estudo exploratório acerca do cuidado espiritual em fim de vida, do qual resultou um quadro conceptual do cuidado espiritual onde são identificados 3 temas designados como maiores na prestação do cuidado espiritual, assim como as suas barreiras e os fatores promotores (Figura 3):

- “Estar Presente”- permite ao profissional de saúde uma maior proximidade com o doente paliativo, sendo este um elemento chave no sentido que irá facilitar o processo de comunicação. Quando o profissional se encontra efetivamente presente com o doente paliativo e sua família, trata-se de uma pré-disposição para a capacidade do passo que se segue.
- “Abrir Olhos” - trata-se de um processo que permite ao profissional de saúde tomar consciência da individualidade do doente, identificar os seus recursos interiores para lidar com a doença, os seus valores, as suas crenças e o seu suporte social e familiar, sendo este um processo bidireccional, uma vez que, o doente toma consciência que a sua individualidade é respeitada na prestação de cuidados.

- “Co-Criando” - é utilizada para descrever a interação estabelecida entre o doente, a sua família e os profissionais de saúde, devendo esta ser centrada num plano holístico que permita manter a dignidade do doente face à sua situação de doença.

Todo este processo é eficazmente obtido através da intervenção da equipa interdisciplinar, face às necessidades espirituais do doente e sua família. (Daaleman, et al., 2008).

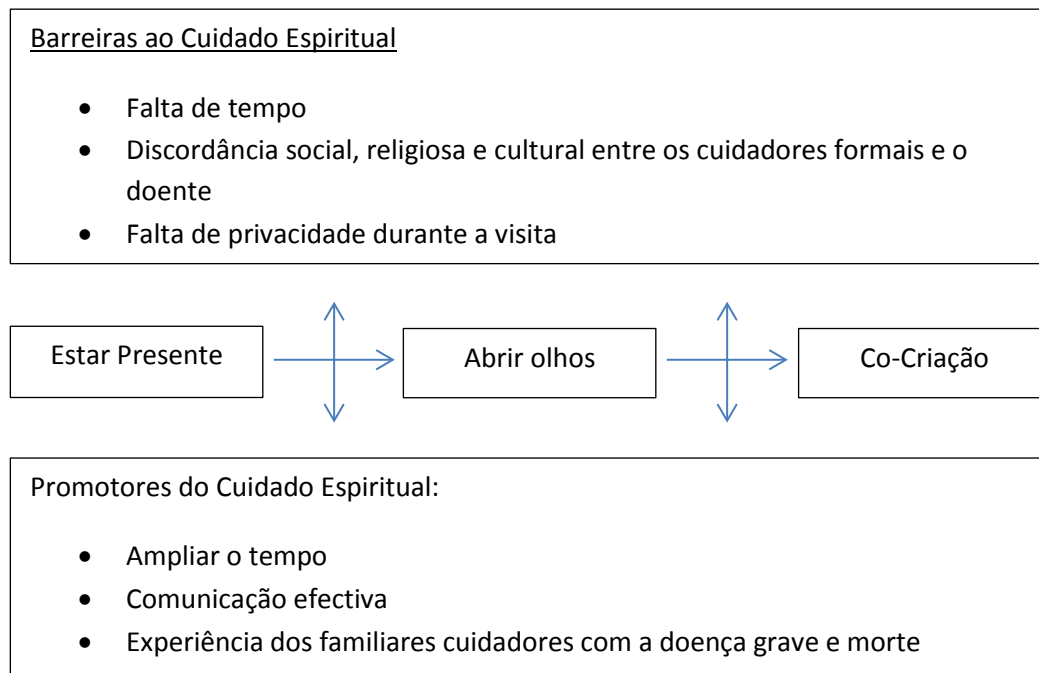


Figura 3 - Quadro Conceptual do Cuidado Espiritual em Fim de Vida

(Daaleman et al., 2008, p. 408)

Narayanasamy (2001) identifica as necessidades espirituais na doença terminal: a necessidade de perdão/reconciliação; a necessidade de rezar/práticas religiosas e a necessidade de assistência espiritual na morte e paz. No que respeita à *necessidade de perdão/reconciliação* é importante ter em conta que o doente procura caminhos e significados que lhe permitam atingir a conciliação, pelo que se torna importante o enfermeiro ter conhecimento desses mesmos caminhos para poder apoiar o doente e promover a satisfação dessa necessidade; a *necessidade de rezar/práticas religiosas* são uma fonte de conforto e de força para muitos doentes, pelo que o manter determinadas práticas, tais como, receber determinados sacramentos, nomeadamente a santa unção poderá ser algo de conforto quer para o doente como para a sua família. A *necessidade*

de assistência espiritual na morte poderá ser proporcionada através da presença do médico, do enfermeiro, de um ente querido a seu lado no momento da morte.

No cuidar do doente paliativo, quando este se aproxima do fim da vida, poderá existir um aumento ou renovação da necessidade de afirmação e de aceitação, da necessidade de perdão e reconciliação e da necessidade de descoberta de significado e de sentido que lhe permita proporcionar um rumo e atribuir um sentido à sua existência. O doente paliativo necessita de assistência espiritual, quando muitas vezes procuram respostas face ao significado do seu sofrimento e da sua dor (“Porque tenho de sofrer? Porque me aconteceu isto?”), dos seus sistemas de valores (“Qual o significado do dinheiro, dos bens materiais, do estatuto social?”), da procura de Deus (“Existe um Deus?”, “Porque é que Deus me deixa sofrer assim”), do significado da vida (“Que significa a vida quando se sofre de uma doença grave?”), do sentimento de culpa (“Fiz muitas coisas erradas. Como poderei corrigi-las? Serei perdoado?”) e da vida após a morte (“Existe vida após a morte?”). Na avaliação das necessidades espirituais do doente paliativo é importante ter em atenção determinados indicadores dessas mesmas necessidades, nomeadamente o sentimento de desespero, desamparo, ausência de significado; sofrimento intenso, tais como, a solidão, isolamento e vulnerabilidade; distanciamento de Deus e quebra dos laços religiosos; cólera contra Deus e a religião; estoicismo desmedido; sentimento de culpa ou de vergonha, amargura e a incapacidade de reconciliação quer consigo quer com os outros. (Twycross, 2003). São estes indicadores que alertam os enfermeiros para uma necessidade de intervenção imediata, no sentido de promover o alívio do sofrimento espiritual do doente paliativo.

Chochinov (2006) explora as causas do estresse espiritual no âmbito de CP que não só terão repercussões a nível psicológico, como também a nível físico e social do doente. As causas exploradas foram a perda de esperança, o sentimento de ser um fardo para os outros, a perda de dignidade e a perda de vontade em viver. O autor em questão, após efetuar uma revisão bibliográfica explora um conjunto de intervenções pertinentes para o alívio do sofrimento espiritual, tendo em conta que um dos objetivos dos CP passa por promover qualidade de vida espiritual e reduzir o sofrimento. Essas intervenções exploradas passam pelo controlo de sintomas físicos e psicológicos, apoiar o doente a encontrar o propósito, valor e significado da sua vida, explorar sentimentos de culpa, remorsos e de perdão, facilitar a expressão da sua religião, assim como a sua prática, reunir com a família para melhorar a sua funcionalidade e reavaliar objetivos de cuidados na própria equipa interdisciplinar.

Quando abordamos a espiritualidade em CP não só importa abordar a espiritualidade no doente paliativo e sua família, como também a espiritualidade do próprio profissional de saúde. Na área em questão, o profissional de saúde depara-se com inúmeros acontecimentos, nomeadamente a finitude da vida, o sofrimento, o luto, a perda. Segundo um estudo Desbiens & Fillion (2007), cujo objetivo foi averiguar a presença de uma relação positiva entre as estratégias cognitivas e a qualidade de vida espiritual nos enfermeiros que trabalham em CP, menciona que o luto poderá tratar-se de um fator de estresse que se encontra inerente ao trabalho dos enfermeiros que trabalham nesta área. Dado este fator ser imutável, o enfermeiro deverá desenvolver um conjunto de estratégias de forma a contornar esta fonte de estresse. A atribuição de significado à morte poderá refletir uma estratégia importante, sendo esta uma das hipóteses levantadas neste mesmo estudo: existe uma relação positiva entre as estratégias cognitivas e a qualidade de vida espiritual nos enfermeiros que trabalham em CP. A utilização de estratégias de construção de um significado, isto é, a capacidade em encontrar significado e propósito nos acontecimentos com que nos deparamos, permitem aos enfermeiros que trabalham em CP assumir uma atitude positiva face a uma perda, fruto de uma maior qualidade de vida espiritual. A espiritualidade contribui para uma maior qualidade de vida, sendo este um dos objetivos principais dos CP (Scobie & Caddell, 2005). Consequentemente, a espiritualidade vai conduzir à aquisição de uma atitude positiva que se reflete numa maior apreciação pela própria vida.

2. A “*SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE RATING SCALE*”

A “*Spirituality and Spiritual Scale Rating Scale*” foi criada por Wilfred McSherry em 1997 após constatar que o maior problema na área da investigação da espiritualidade reflete a ambiguidade e subjetividade na utilização dos termos “espiritualidade” e “cuidado espiritual”. Perante este facto, o autor da escala alerta para a necessidade de investigação, tendo em conta que são 2 conceitos diversos, subjetivos e difíceis de definir. Neste sentido, McSherry desenvolveu um questionário com a finalidade de facultar aos participantes um possível quadro que permitisse uma compreensão dos conceitos em questão. Através da construção da escala e sua análise, procurou compreender qual a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, pelo que foi desenvolvido a SSCRS, sendo já utilizada em 42 estudos em 11 países distintos (McSherry et al., 2002).

Na construção da escala em questão foram aplicados 1029 questionários a enfermeiros de várias categorias profissionais, de diversas especialidades, do Serviço Nacional de Saúde na Inglaterra (ver Tabela 1). A taxa de respostas ao questionário foi de 53% o que corresponde a uma amostra de 559 enfermeiros (McSherry, et al., 2002).

**Tabela 1 - Informação Demográfica da amostra na construção da SSCRS
(McSherry, et al., 2002, p.725)**

Questão	Número	%	Questão	Número	%
Género			Grau		
Masculino	33	6	<i>Charge nurse</i>	24	4.4
Feminino	515	93.8	<i>Senior nurse</i>	36	6.6
Desconhecido	1	0.2	<i>Staff nurse</i>	238	43.4
Idade			<i>Enrolled nurse</i>	130	23.7
21-29	144	26.2	<i>Auxiliary nurse</i>	116	21.1
30-39	200	36.4	<i>Care assistant</i>	1	0.2
40-49	138	25.1	Outro	4	0.7
50-59	60	10.9	Especialidade		
Mais 60	6	1.1	Médica	244	44.4
Desconhecido	1	0.2	Cirúrgica	183	33.3
Horário			Pediátrica	60	10.9
Tempo inteiro	276	50.2	Cuidados Intensivos	37	6.7
Part-time	270	49.2	Não identificado	25	4.5
	3	0.5			

Na maioria, a amostra participante na construção da SSCRS são do sexo feminino, com idades correspondidas entre os 30-39 anos, com regime de trabalho a tempo inteiro, e trabalham em serviços de patologias de especialidade médica.

A escala inicialmente foi construída com 23 itens sendo aproximadamente 25% das afirmações redigidas na negação para prevenir o viés das respostas. Após a utilização de estudo piloto, com 70 enfermeiros do serviço médico-cirúrgico, os itens da escala foram individualizados e randomizados, com o objetivo de reduzir o risco de viés nas respostas. Os itens da escala que suscitaram mais dúvidas devido à sua difícil compreensão ou análise foram removidos, pelo que resultou numa escala composta por 17 itens, sendo explorados 4 fatores:

- Fator I – Espiritualidade: que se encontram nos itens (F, H, I,J,L) uma vez que abordam os valores da própria vida, nomeadamente “a necessidade de investir na vida com significado e propósito, a necessidade de encontrar significado e propósito durante o tempo de doença ou hospitalização” (McSherry et al., 2001, p. 730)
- Fator II – Cuidado Espiritual: presente nos itens (A, B, G, K, N) estando relacionados com aspetos do cuidado espiritual, tais como “o dever do enfermeiro ouvir, despender tempo, respeitar a privacidade e dignidade, manter as práticas religiosas e prestar cuidados que exibam determinadas qualidades, tais como, bondade e interesse” (McSherry et al., 2001, p. 730)
- Fator III – Religiosidade: que se encontra patente nos itens (D, M, P) que reforça a ideia de que a espiritualidade não se aplica exclusivamente à religião, mas sim é um conceito universal e único para todas as pessoas, podendo a espiritualidade estar patente em determinadas áreas, tais como, a criatividade, arte e autoexpressão.
- Fator IV – Cuidado Personalizado: nos itens (N, O, Q), onde todos os aspetos da espiritualidade deverão ser encarados como “únicos, diferentes e específicos em cada pessoa” (McSherry et al., 2001, p. 730), devendo ser abordados pelos enfermeiros as crenças, valores e as relações dos doentes uma vez que fazem parte da sua individualidade.

McSherry (2002) nas afirmações apresentadas na escala baseou-se em nove áreas relacionadas com a espiritualidade (ver tabela 2): esperança, sentido e significado na vida, perdão, crenças e valores, cuidado espiritual, relacionamento interpessoal, fé

num Deus ou entidade superior, moral e a criatividade/arte. Tendo como premissa, que um dos passos fundamentais para potenciar as intervenções dos enfermeiros no campo da espiritualidade, passa por compreender a sua visão face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.

Tabela 2 - Aspetos fundamentais da espiritualidade explorados na SSCRS
(McSherry & Jamieson, 2011, p.1762)

Aspetos da espiritualidade explorados na SSCRS	Item na SSCRS
Esperança	I, l
Sentido e significado de vida	f, h
Perdão	c
Crenças e valores	p
Cuidado espiritual	a, b, g, h, k, n
Relacionamento interpessoal	o
Fé num Deus ou entidade superior	d, e
Moral	i, q
Criatividade/arte	m

Tendo em conta a importância que a espiritualidade assume no ser humano, que se reflete na qualidade dos cuidados prestados no campo da saúde e, mais concretamente no âmbito dos CP, a validação para Portugal da SSCRS permitirá disponibilizar um instrumento que avalia a perceção face à espiritualidade e ao cuidado espiritual.

2.1. Adaptação Transcultural de Escalas

Quando se pretende efetuar a tradução de um instrumento o objetivo principal passa por “obter uma versão que reserve ao máximo o mesmo significado de cada item da língua de origem para a língua-alvo da adaptação, para manter a integridade do instrumento de medida” (Vilelas, 2009, p.358). Para a concretização deste mesmo objetivo torna-se necessário a descrição das fases implícitas na validação transcultural de um instrumento. Segundo o SAC (1995), citado por Ribeiro (2010) recomenda que

para a escala seja validade de forma precisa e apropriada, isto é, que garanta a validade e fidelidade, devemos ter em conta 3 aspetos distintos:

- Equivalência linguística
- Equivalência conceptual
- Equivalência psicométrica

Passaremos a descrever cada uma em particular.

2.2. *Equivalência Linguística e Conceptual*

Na equivalência linguística e conceptual é pretendido que se realize a adaptação transcultural da escala, tendo sido realizada conforme o método preconizado pela literatura (Ribeiro, 2008; Guilhermin 1995; Beaton et al. 1998). A metodologia de tradução e adaptação cultural proposta passa pelas seguintes etapas: tradução, retro tradução, revisão por um grupo de peritos e realização de um pré-teste. Ao longo desta mesma adaptação transcultural deve constar-se a *equivalência do item*, isto é, “saber se a tradução, noutra língua mantém o mesmo significado que a versão original, que intitula de equivalência funcional” (Ribeiro, 2010, p.109), a *equivalência semântica* que procura “verificar se não houve modificações no significado das palavras, do vocabulário e na gramática de cada item” (Vilelas, 2009, p.360), a *equivalência experimental e cultural* onde se “verifica se as situações descritas na versão original estão contextualizadas, levando-se em consideração a cultura e experiências vivenciadas pela população alvo” (Vilelas, 2009, p.361) e a *equivalência conceptual* que pretende “verificar se houve utilização de palavras e conceitos pertencentes a ambas as culturas em questão, pois alguns itens podem ser equivalentes quanto ao significado, mas não quanto ao conceito de determinadas culturas” (Vilelas, 2009, p.361).

2.3. *Equivalência Psicométrica da SSCRS*

Para a validação de um instrumento não implica apenas proceder à sua adaptação cultural. Segundo Guillemín (1995), as propriedades psicométricas devem ser avaliadas para se poder verificar a precisão da medida do próprio instrumento a validar após a sua adaptação. Para se estabelecer as propriedades psicométricas torna-se fundamental averiguar 2 tipos de propriedades métricas: a fidelidade e a validade. Neste sentido, torna-se importante que qualquer medição seja precisa, isto é, que meça aquilo que realmente pretende medir (validade), e que se a medição for repetida, nas mesmas

condições, com os mesmos participantes, o resultado seja idêntico – dentro do erro aceitável (fidelidade) (Ribeiro, 2010).

Neste sentido podemos concluir que, “quer seja por tradução ou porque foram construídos pelo próprio autor, todos os inventários (vulgarmente designados por escalas) terão de ser submetidos a um processo de validação, geralmente designado por avaliação das qualidades psicométricas” (Vilelas, 2009, p.361).

Fidelidade e o seu significado

Para uma melhor interpretação dos resultados obtidos no cálculo da fidelidade considerámos pertinente aprofundar alguns conhecimentos. “A fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com a ajuda de um instrumento de medida. Reporta-se à capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de forma constante” (Fortin, 2009, p.348). Considera-se um instrumento de medida fiel quando dá resultados comparáveis em situações anteriores. Dito de outra forma, “a fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização de um teste são atribuíveis a diferenças – verdadeira ou reais, das características avaliadas” (Ribeiro, 2010, p.93).

O grau de fidelidade exprime-se sob a forma de um coeficiente de correlação (r), que pode variar de 0.00 para a ausência de correlação e 1.00 para uma correlação perfeita (Fortin, 2009).

Para a determinação da fidelidade existem diversos tipos, nomeadamente o calculado da consistência interna que, “designa a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida” (Fortin, 2009, p.350), sendo esta estimada com base na média das intercorrelações entre os itens que constituem a escala (Ribeiro, 2010b). Uma das técnicas utilizadas para avaliar a consistência interna (homogeneidade) é através do Coeficiente de Cronbach. Este tipo de coeficiente permite verificar a homogeneidade dos enunciados de um mesmo conceito, medidos numa escala sendo este obtido através da variância total do instrumento, da variância de cada item, assim como da soma da variância de cada item. Um instrumento pode ser considerado fiável se apresentar de forma constante os mesmos valores. Por outro lado, o coeficiente alfa é em função do número de enunciados da escala, sendo assim é mais elevado se a escala possui um maior número de enunciados (Fortin, 2009). Para se considerar que uma escala tem uma boa consistência interna, deverá exceder um alfa de 0.80. São aceitáveis valores acima de

0.60. Os valores baixos de alfa indicam que as escalas têm um número de itens muito baixo (Ribeiro, 2010).

Validade e o seu significado

A validade de um instrumento “corresponde ao grau de precisão com o qual é representado por enunciados particulares num instrumento de medida (Fortin, 2009, p.355). Não existe instrumento completamente válido. Desta forma, determina-se o grau de validade de uma medida e não se a medida é válida ou não (Fortin, 2009).

Segundo Ribeiro (2010), não é o teste que é valido, mas as inferências e as conclusões a que se chegam com base na nota do teste. Dito de outra forma, a validade não se trata de uma propriedade do teste mas de uma função do que a nota do teste mede. Fortin (2009) aborda os 3 tipos de validade, nomeadamente a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto:

- **Validade de conteúdo:** está ligada “à definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar” (Fortin, 2009, p.355). Como a validade de um conteúdo trata-se de um julgamento e não é algo objetivo, uma das formas para poder avaliar se o julgamento é ou não adequado é através da análise de vários juízes especialistas no conteúdo do domínio em avaliação.
- **Validade de critério:** indica a eficiência de um teste e estabelece a correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento de forma a comparar um mesmo fenómeno. A validade de critério engloba a validade concomitante e a validade preditiva. A validade concomitante está relacionada com a correlação entre as duas medidas do mesmo conceito, expressando-se através do coeficiente de correlação. Um coeficiente elevado indica que as escalas medem o mesmo conceito. A validade preditiva refere-se à correlação entre 2 medidas de um mesmo conceito espaçadas no tempo. Este tipo de validade indica a capacidade de um instrumento prever uma situação futura a partir de um resultado atual.
- **Validade de construto (validade conceptual):** “diz respeito à capacidade de um instrumento para medir o conceito ou o construto definido teoricamente. Trata-se de verificar as relações teóricas subjacentes ao construto de um instrumento” (Fortin, 2009, p.358). A validade de construto pode ser verificada através da análise fatorial. A análise fatorial é um método que permite reter um conjunto de conceitos interligados entre si, designados por fatores, de forma a

determinar se os enunciados de uma escala de medida se reagrupam em torno de um só fator.

Relação entre a fidelidade e a validade

A fidelidade e a validade são qualidades fundamentais que devem estar presentes num instrumento de medida. Não se avalia a sua presença ou ausência, mas sim em termos de graus. A fidelidade de um instrumento pode limitar a sua validade se o erro de medida for elevado. Assim, se um instrumento tem um elevado grau de fidelidade, significa que o erro de medida é fraco e a validade tem probabilidade de ser elevada (Fortin, 2009).

ESTUDO EMPÍRICO

3. DESENHO DE ESTUDO

Após a revisão bibliográfica, existe uma definição mais consistente do desenho de investigação sendo este que irá conduzir a forma como se procederá a investigação para a concretização dos objetivos estabelecidos.

3.1. *Finalidade e Objetivos do Estudo*

Partindo da premissa do presente trabalho que nos remete para a importância da espiritualidade no contexto dos CP, efetuou-se uma investigação que permitisse dar respostas objetivas e úteis na prática clínica, assim como contribuir para a evidência científica no que respeita à avaliação da espiritualidade e do cuidado espiritual dos enfermeiros em CP.

A principal finalidade da nossa investigação passa por disponibilizar um instrumento válido, em português, capaz de avaliar qual a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Sendo assim assumimos como objetivo deste trabalho:

- Analisar as propriedades psicométricas da SSCRS, permitindo a sua utilização em Portugal.

3.2. *Hipótese De Trabalho*

Tal como se constatou ao longo da dissertação, a educação no âmbito da espiritualidade e cuidado espiritual é escassa e/ou reducionista e também por isso, o cuidado espiritual é negligenciado. Importa traduzir esta escala que tem sido utilizada em estudos nacionais noutros países, para que possamos perceber qual a perceção dos enfermeiros Portugueses (em CP) acerca da espiritualidade e cuidado espiritual.

Para conhecermos essa realidade de modo objetivo, numa área que tem sido considerada como subjetiva pelos próprios enfermeiros, optámos pela utilização de um instrumento de medida: a SSCRS. Como tal e, para confirmar que seria aplicável, partiu-se para a investigação com a seguinte questão:

- Que propriedades psicométricas estão presentes na *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*, que permitam a sua validação em Portugal?

3.3. *Tipo de Estudo*

Um estudo de validação do Tipo Metodológico. Por outro lado, podemos ainda acrescentar que apresenta um desenho:

- Transversal e Prospectivo: Quanto ao tempo
- Exploratório – Descritivo nível I: Quanto ao objetivo de estudo
- Observacional : Quanto à intervenção do investigador

3.4. *Materiais e Métodos*

O instrumento utilizado foi o questionário onde consta a escala, sendo esta do tipo *Likert*, também designada por escala aditiva que consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema. Pediu-se aos participantes para indicarem o seu maior ou menor acordo ou desacordo. A SSCRS trata-se de uma escala que contém 17 itens, com 5 opções de resposta: concordo totalmente, concordo, não sei, discordo e discordo totalmente, onde se encontra classificada de 1 a 5, sendo que “1” corresponde ao discordo totalmente e o “5” corresponde ao concordo totalmente. Deve ser assinalada a resposta que o enfermeiro considera mais adequada à afirmação apresentada.

Para além da escala, no questionário constaram também dados de caracterização da amostra, como por exemplo, os dados demográficos, questões voltadas para a sua prática espiritual no doente paliativo, o seu nível de formação na área da espiritualidade, a sua religiosidade e um espaço para que o enfermeiro possa partilhar outras ideias e pensamentos acerca da espiritualidade e do cuidado espiritual. Estes dados permitem conhecer a amostra em estudo.

Feita a escolha do instrumento de medida, foi realizado o pedido de autorização ao autor da escala, que nos foi concedida por intermédio enfermeira Sílvia Caldeira (Anexo II).

3.5. *População e Amostra*

A população neste estudo são os enfermeiros que desempenham funções nas UCP e as EIHSCP em Portugal, sendo incluídas não só as unidades reconhecidas pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, mas também outras unidades que se encontram legalizadas pelo estado Português.

Para obter os dados que permitissem alcançar os nossos objetivos, consideramos a nossa amostra como sendo por conveniência, uma vez que foi previamente definido que seria constituída pelos enfermeiros que trabalham UCP e nas EIHSCP de Portugal.

O tamanho da amostra de acordo com o número de K deverá ser de 85, uma vez que para $K \geq 15$, $N = 5NK$.

$$K \geq 15, \text{ temos } N = 5 \times 17 = 85$$

A amostra do presente estudo é composta por 94 enfermeiros que responderam ao questionário, sendo anuladas 15 protocolos pelo facto de não terem preenchido a totalidade dos itens da escala.

3.6. *Recolha de Dados*

Para efetuar a recolha de dados foram contactados telefonicamente os enfermeiros responsáveis de cada UCP e EIHSCP. Neste primeiro contacto, a informação centrou-se na explicação dos objetivos do estudo, e foi solicitado que abordassem os enfermeiros das suas unidades ou EIHSCP. Os enfermeiros após tomarem conhecimento desses mesmos objetivos autorizam participar no estudo, ao disponibilizarem o seu endereço eletrónico para que lhes fosse enviado o *link* do questionário. As vantagens da aplicação do questionário eletrónico passa pela facilidade dos enfermeiros acederem ao questionário, não necessitando de preenche-lo manualmente, assim como existe um ganho relativamente ao seu custo-benefício. Uma das desvantagens é que alguns enfermeiros poderão não ter facilidade no acesso à internet, embora esta realidade atualmente seja cada vez mais remota (McSherry & Jamison, 2011).

Algumas das UCP e EIHSCP remeteram para o Conselho de Administração para que fosse autorizado a participação dos enfermeiros das suas unidades no nosso estudo, sendo assim formalizado o pedido nessas instituições. Para a recolha de dados, foram incluídas a UCP de Macedo de Cavaleiros, Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, UCP – Rede, Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto, UCP do Hospital Cândido de Figueiredo, UCP do Hospital da Nossa Senhora da Assunção, UCP Hospital Arcebispo João Crisóstomo, UCP Centro Hospitalar Médio Tejo-EPE, UCP Hospital Residencial do Mar, UCP Centro Hospitalar Barreiro Montijo, UCP Centro Hospitalar Baixo Alentejo- EPE, UCP Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Unidade de St^a

casa da Misericórdia de Azeitão, Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão, UCP Paliativos S. Bento de Menni, Casa de Saúde da Idanha, Serviço de Cuidados Paliativos do IPO de Coimbra, UCP do Hospital da Luz, Serviço de CP do Hospital de S. João, UCP do Hospital do Litoral Alentejano, EIHSCP de Elvas, EIHSCP Hospital Geral Stº. António, EIHSCP do Hospital Reynaldo dos Santos Vila Franca de Xira, EIHSCP do Centro Hospitalar Lisboa Zona Central, EIHSCP do Hospital Santa Maria e EIHSCP do IPO Lisboa, Francisco Gentil. É de salientar que não foi possível contactar todas as UCP ou EIHSCP quer por ausência do(a) enfermeiro(a) chefe quer por indisponibilidade telefónica, assim como não obtivemos a autorização de todas as UCP ou EIHSCP atempadamente.

Um consentimento livre e esclarecido é fundamental para a participação dos indivíduos na investigação. Deste modo, após os responsáveis de cada UCP ou EIHSCP serem esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e o modo como se iria proceder, os enfermeiros tomaram a livre decisão de participar nesta investigação. Por outro lado, foi disponibilizado o contacto telefónico e endereço eletrónico para o esclarecimento de qualquer dúvida.

A confidencialidade dos dados é outro aspeto que deverá estar patente no âmbito da investigação. Para tal, garantimos aos enfermeiros que ao responderem ao questionário não teríamos acesso à sua identificação, visto que os questionários enviados salvaguardavam o anonimato dos participantes – Anexo IV.

O período de colheita de dados iniciou-se em meados de Março 2012 até meados de Julho de 2012.

3.7. Fases de Estudo

Tal como já foi referido anteriormente, as fases de estudo do presente trabalho são compostas da seguinte forma: a **Equivalência Linguística**, a **Equivalência Conceptual** e a **Equivalência Psicométrica**. No que respeita às duas primeiras fases foram realizadas através da tradução da SSCRS de inglês para português por 2 tradutores independentes, bilingues e tradutores profissionais sem conhecimento da escala original. Não foi trocada qualquer informação entre os tradutores. Antes de iniciarem a tradução foi-lhes explicado qual o objetivo central do instrumento a ser validado, assim como foi mantido o contacto com os tradutores no sentido de se esclarecer dúvidas relacionadas com a equivalência da tradução de cada item, isto é

garantir que a tradução mantenha o mesmo significado da versão original (equivalência do item). Após a análise das traduções foram discutidas as discrepâncias encontradas nessas mesmas traduções, entre o investigador e os 2 tradutores. Estas discussões foram essenciais porque a simples tradução com respeito rigoroso, apenas em dimensões lexicais, poderia dar origem a questionários com sentidos diferentes, resultando assim a **1ª versão da SSCRS** em Português.

A retro tradução foi realizada por dois tradutores bilingues também sem conhecimento da escala original, cuja língua materna de um deles é igual à da escala adaptada. Para garantir a equivalência semântica, as versões obtidas foram enviadas ao autor da escala que validou uma das traduções como a mais precisa comparativamente à versão original, tendo sido efetuada um reajuste no item “o” que segundo o autor não se encontrava traduzido corretamente, pelo que resultou a **2º versão da SSCRS**.

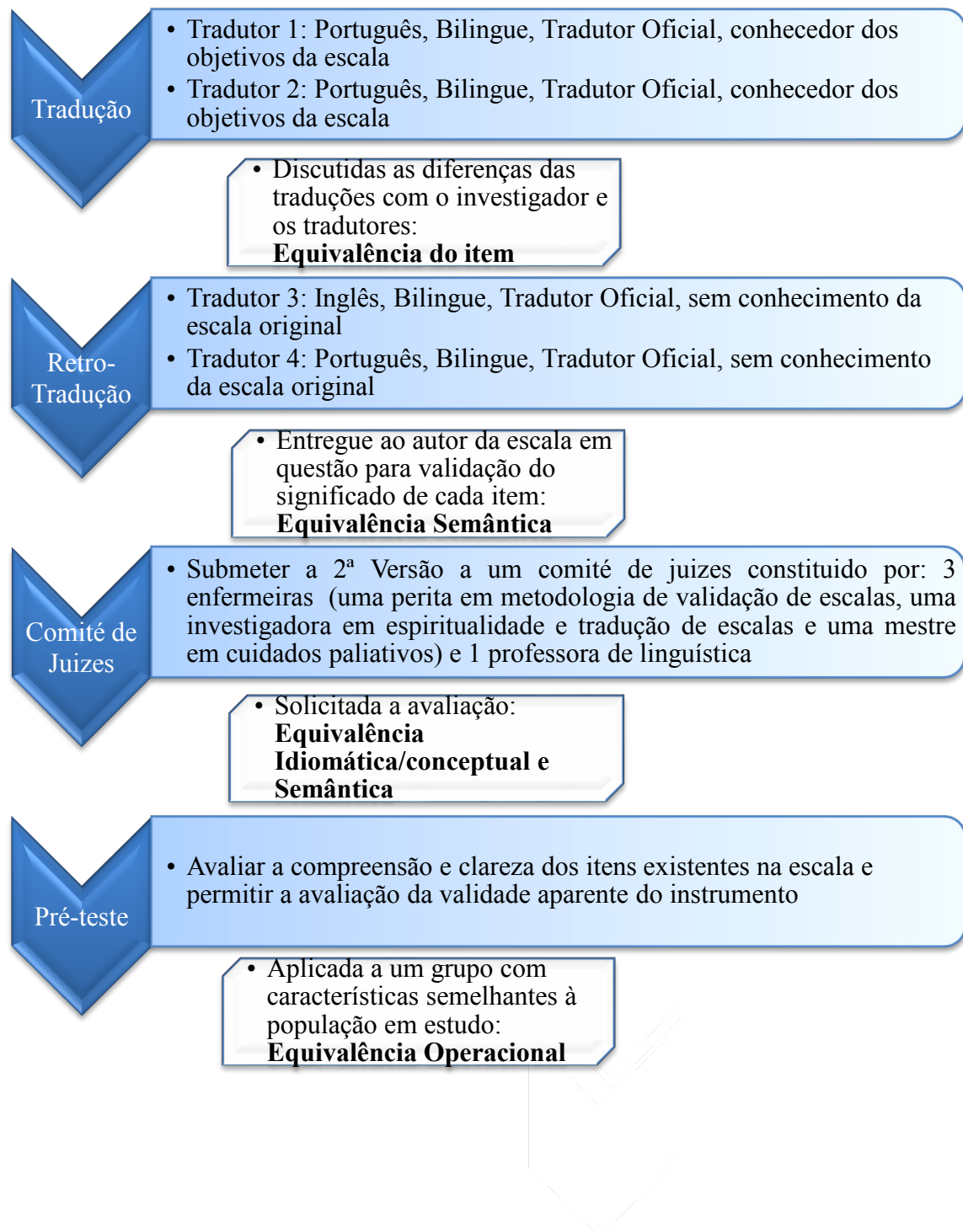
Na terceira etapa, mais concretamente o **Comité de Juízes** foi composto por 4 especialistas, sendo 3 enfermeiras (uma perita em metodologia de validação de escalas, uma investigadora em espiritualidade e tradução de escalas e uma mestre em cuidados paliativos) e uma professora de linguística. Foi solicitado pelo correio eletrónico a sua colaboração e autorização em participarem neste Comité de Juízes, sendo-lhes transmitido quais os objetivos da sua avaliação, nomeadamente avaliar a equivalência semântica, a equivalência idiomática, a equivalência experimental ou cultural e a equivalência conceptual, que após a análise do feedback dos peritos e de um ajuste na escala resultou a **3º Versão da SSCRS**.

Por fim, temos o **Pré-Teste** que consistiu na elaboração do questionário eletrónico (Anexo III) onde consta a escala e a informação relativa às características da população alvo, sendo aplicado a 4 enfermeiros que trabalham em CP, para que fosse garantida que o formato e a aparência do questionário, as suas instruções, a compreensão dos diferentes itens, a recetividade e a adesão aos seus conteúdos não afetassem os resultados – equivalência operacional. Após o feedback por parte dos enfermeiros constou-se que o questionário apresentava um aspeto sóbrio e adequado, quanto à compreensão apresentava-se bem organizado e de fácil leitura e com uma adequada recetividade e adesão face aos conteúdos abordados. De acordo com as sugestões apresentadas foram efetuadas alterações, tais como, o acréscimo de três questões relacionadas com a caracterização da amostra (tipo de habilitações literárias; regime de trabalho – tempo inteiro/tempo parcial; no caso de receber formação em cuidados espirituais, que temas consideram importantes desenvolver), modificações do

aspecto das questões, de modo a facilitar a sua leitura. Após a análise e a realização das alterações, surgiu a **4ª Versão da SSCRS**.

No capítulo que se segue está representada a equivalência psicométrica da Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual.

Figura 4 - Processo de Adaptação Transcultural da Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS - PT)



3.8. Tratamento Estatístico dos Dados

Depois de reunidos os dados, estes foram lançados e posteriormente processados, sendo utilizado o programa análise estatística de dados SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0.

Para o estudo das propriedades psicométricas da escala em estudo foi efetivada tal como no original, a análise fatorial em componentes principais com a rotação de *varimax*, para avaliação da validade do construto e o *Alfa de Cronbach* como medida de fidelidade interna do instrumento.

Para melhor análise e interpretação dos dados, recorreu-se ao uso de figuras que constituirão um suporte importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

4. RESULTADOS

Após concluída a equivalência linguística e conceptual surge a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* – Versão Portuguesa.

Figura 5 - Escala de Classificação da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual

Para cada alínea, por favor, assinale a resposta que melhor refletir o seu nível de acordo ou desacordo com a afirmação.

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo totalmente
a) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e ser perdoado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/Local de Culto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa Entidade Superior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

h) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença.	●	●	●	●	●
i) Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida.	●	●	●	●	●
j) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora.	●	●	●	●	●
k) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.	●	●	●	●	●
l) Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo.	●	●	●	●	●
m) Acredito que a espiritualidade exclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria.	●	●	●	●	●
n) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente.	●	●	●	●	●
o) Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais.	●	●	●	●	●
p) Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos.	●	●	●	●	●
q) Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um.	●	●	●	●	●

4.1. Informação Demográfica da Amostra

Dos 159 endereços eletrónicos obtidos por parte dos enfermeiros, obtivemos uma amostra de conveniência de 94 enfermeiros, sendo anuladas 15 respostas, pelo facto dos questionários não se encontrarem devidamente respondidos. Da amostra de 94 enfermeiros, 15 são do sexo masculino e 79 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 21 e os 59 anos, das UCP e EIHSCP em Portugal.

Tabela 3 - Caracterização da amostra por sexos

	Sexo masculino (N=15)		Sexo feminino (N=79)		χ^2
	N	%	N	%	
Idade					.276
21 – 29 anos	7	46.7	37	46.8	
30 – 39 anos	5	33.3	27	34.2	
40 – 49 anos	2	13.3	12	15.2	
50 – 59 anos	1	6.7	3	3.8	
Habilitações					3.473
Licenciatura	5	33.3	35	45.5	
Pós-graduação	2	13.3	17	22.1	
Especialidade	4	26.7	10	13.0	
Mestrado	4	26.7	13	16.9	
Doutoramento			2	2.6	
Regime de trabalho					.890
Tempo inteiro	12	80.0	65	82.3	
Tempo parcial			3	3.8	
Ambos	3	20.0	11	13.9	
Horário de trabalho					.287
Trabalho por turnos	12	80.0	58	73.4	
Horário fixo	3	20.0	21	26.6	
Tempo de experiência					4.466
Menos de 2anos	2	13.3	18	22.8	
2 – 4 anos	4	26.7	26	32.9	
4 – 6 anos	7	46.7	20	25.3	
6 – 8 anos			5	6.3	
8 – 10 anos	1	6.7	2	2.5	
Mais de 10 anos	1	6.7	8	10.1	

Na maioria, os participantes tinham idades compreendidas entre os 21 e os 39 anos, habilitações inferiores ao mestrado, trabalhavam a tempo inteiro, por turnos e

tinham entre 2 a 6 anos de experiência. Comparativamente com a amostra participante para a construção da SSCRS temos igualmente uma amostra maioritariamente feminina, com regime de trabalho a tempo inteiro, embora com idade mais jovem.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para nenhuma dimensão descritiva da amostra.

4.2. Características Psicométricas da SSCRS

4.2.1. Validade de Constructo

A matriz de correlação foi submetida a testes estatísticos, a fim de determinar a adequação da matriz para análise de fatores:

- O Teste de esfericidade de Bartlett $< .05$ ($< .001$) (resultado adequado para realizar a análise fatorial).
- Quanto mais próximo o Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) = .749 (adequado).

Assim, foi realizada a análise fatorial exploratória pelo método das componentes principais seguidas de rotação *varimax*, de acordo com o sugerido pelos autores originais da medida (McSherry et al., 2002c). Foram retidos os fatores que apresentam valores próprios (*eigenvalue*) superiores a 1 e um peso superior a .40.

Foram encontrados cinco fatores tal como no artigo da validação da versão original (McSherry et al., 2002d). Os cinco fatores encontrados para a escala permitiram a criação de cinco dimensões que explicam 61.33% da variância total (Tabela 4).

Tabela 4 - Matriz fatorial com rotação varimax

#	Descrição	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
b)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam cuidados	.762				
a)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo	.659				
g)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade	.569				
o)	Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais	.494				
l)	Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo	.441				
d)	Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à igreja/local de culto		.767			
p)	Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos		.742			
n)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente		.601			

#	Descrição	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
k)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas		.490			
c)	Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e ser perdoado		.418			
i)	Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida			.703		
f)	Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida			.699		
h)	Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença			.643		
q)	Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um				.821	
j)	Acredito que a espiritualidade está relacionada coma forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora				.726	
m)	Acredito que a espiritualidade exclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria				.556	
e)	Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa entidade superior					.784

Contudo, o modelo encontrado no presente estudo não divide os itens da mesma forma do que a versão original, excetuando o quinto factor, que na versão original é eliminado por ter só um item.

Na estrutura fatorial encontrada na versão original a divisão dos itens parece mais correta, em termos de análise de conteúdos. Deste modo, optou-se por manter a estrutura fatorial original e estudar a sua consistência interna, isto é, Factor I (F,H,I,J,L), Factor II (A, B, G, K, N), Factor III (D, M, P) e o Factor IV (N, O, Q).

Para analisar a fidelidade das dimensões definidas pelos autores da escala (McSherry et al., 2002e) foi analisada a consistência interna de cada dimensão, através do *alfa de Cronbach*. A Tabela 5 mostra os resultados obtidos.

4.2.2. Fidelidade

Tabela 5 - Fidelidade dos fatores originais

	α de Cronbach	Correlação média inter- item	Amplitude da Correlação item-total	α se item eliminado
Espiritualidade	.66	.276	.299-.542	
Item (f)				.65
Item (h)				.53
Item (i)				.60
Item (j)				.62
Item (l)				.60
Cuidado espiritual	.69	.346	.313-.613	
Item (a)				.70
Item (b)				.66
Item (g)				.58
Item (k)				.62
Item (n)				.65
Religiosidade	.64	.380	.348-.578	
Item (d)				.69
Item (m)				.47
Item (p)				.33

		α de Cronbach	Correlação média inter- item	Amplitude da Correlação item-total	α se item eliminado
Cuidado personalizado		.59	.33	.289-.497	
Item (n)					.35
Item (o)					.49
Item (q)					.64
Espiritualidade e		.76	.187	.011-.644	
cuidado Total					
Item (a)					.76
Item (b)					.77
Item (c)					.75
Item (d)					.75
Item (e)					.79
Item (f)					.76
Item (g)					.73
Item (h)					.73
Item (i)					.75
Item (j)					.74
Item (k)					.73
Item (l)					.73
Item (m)					.74
Item (n)					.73
Item (o)					.74
Item (p)					.73
Item (q)					.75

No fator Religiosidade foi retirado o item (d) – “Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/Local de Culto” e no factor Cuidado Personalizado foi retirado o item (q) – “Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um” por estarem a prejudicar a consistência interna das dimensões. No somatório de todos os itens não foram retirados quaisquer itens, pois nenhum item estava a degradar grandemente a consistência interna da escala.

A análise da consistência interna final é apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Fidelidade dos fatores finais

	α Cronbach	de Correlação média inter-item	Amplitude da Correlação item-total
Espiritualidade	.66	.276	.299-.542
Cuidado espiritual	.69	.346	.313-.613
Religiosidade	.69	.526	
Cuidado personalizado	.64	.479	
Espiritualidade e cuidado total	.76	.187	.011-.644

Apesar nenhuma outra dimensão além da Espiritualidade e Cuidado Total apresentar valor α de *Cronbach* superior a .70, os valores mostram-se adequados tendo em conta o número de itens que as compõem (Nunnaly, 1978).

Com o objetivo de verificar quais as categorias com maior frequência a Tabela 7 mostra a frequência e percentagem de resposta de cada item.

Tabela 7 - Taxa de resposta para cada item

	Discordo		Discordo		Não sei		Concordo		Concordo	
	totalmente								totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Item a)	1	1.1	8	8.5	1	1.1	53	56.4	31	33.0
Item b)	2	2.1	17	18.1	8	8.5	39	41.5	28	29.8
Item c)	5	5.3	14	14.9	10	10.6	51	54.3	14	14.9
Item d)							35	37.2	59	62.8
Item e)	8	8.5	32	34.0	7	7.4	36	38.3	11	11.7
Item f)	1	1.1	2	2.1	2	2.1	53	56.4	36	38.3
Item g)	1	1.1	2	2.1	2	2.1	50	53.2	39	41.5
Item h)	1	1.1	5	5.3	11	11.7	40	42.6	37	39.4
Item i)	1	1.1	19	17.0	11	11.7	46	48.9	20	21.3
Item j)	1	1.1	3	3.2	4	4.3	61	64.9	25	26.6
Item k)	1	1.1	1	1.1			49	52.1	43	45.7
Item l)			3	3.2	5	5.3	46	48.9	40	42.6
Item m)	3	3.2	3	3.2	10	10.6	37	39.4	41	43.6
Item n)			2	2.1	1	1.1	43	45.7	48	51.1
Item o)			5	5.3	7	7.4	58	61.7	24	25.5
Item p)	2	2.1	2	2.1	6	6.4	24	25.5	60	63.8
Item q)	1	1.1	2	2.1	2	2.1	56	59.6	33	35.1

Todos os itens apresentaram maior frequência nas categorias de concordância, sendo que apenas o item (e) apresenta tanta discordância como concordância em termos de frequência de resposta.

A Tabela 8 mostra os valores médios, desvios-padrão e percentis para cada dimensão.

Tabela 8 - Média, desvio-padrão, intervalos e percentis dos resultados

	Espiritua- -lidade	Cuidado espiritual	Religio- sidade	Cuidado personalizado	Espiritualidade e cuidado total
Média	20.59	21.09	8.64	8.53	65.49
Desvio-padrão	2.67	2.76	1.61	1.18	6.13
Intervalo	13.00	14.00	8.00	6.00	38.00
Percentis					
P10	17.00	18.00	6.00	7.00	58.00
P20	19.00	19.00	6.00	8.00	61.00
P30	19.00	20.00	6.00	8.00	63.00
P40	20.00	20.00	9.00	8.00	64.00
P50	21.00	21.00	9.00	8.00	66.00
P60	21.00	22.00	10.00	9.00	68.00
P70	22.00	23.00	10.00	9.00	69.00
P80	23.00	24.00	10.00	10.00	71.00
P90	24.00	25.00	10.00	10.00	73.00

Com o objetivo de verificar a existência de correlação entre as dimensões em estudo, os resultados obtidos através do coeficiente de correlação de Pearson são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Correlações entre dimensões da SSCRS – Versão Portuguesa

	Espiritua- lidade	Cuidado espiritual	Religiosidade	Espiritualidade e cuidado total
Cuidado espiritual	.26*			
Religiosidade	.41***	.29*		
Cuidado personalizado	.35***	.46***	.35***	.68***
Espiritualidade e cuidado total	.77***	.66***	.55***	

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

A Espiritualidade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões, com valores de correlação que variam entre $r = .26$; $p = .012$ (Cuidado Espiritual) e $r = .77$; $p < .001$ (Espiritualidade e Cuidado Total).

Os resultados mostram que quanto maior é a concordância com a Espiritualidade maior é a concordância com todas as outras dimensões e com a Espiritualidade e o Cuidado Total.

O Cuidado Espiritual correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a dimensão Religiosidade, com um valor de correlação de $r = .29$; $p = .027$, com a dimensão Cuidado Personalizado, com um valor de correlação de $r = .46$; $p < .001$ e com a Espiritualidade e Cuidado Total com um valor de correlação de $r = .66$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a concordância com o Cuidado Espiritual maior é a concordância com a Religiosidade, com o Cuidado Personalizado e com a Espiritualidade e Cuidado Total.

A religiosidade correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a dimensão Cuidado Personalizado, com um valor de correlação de $r = .35$; $p = .001$ e com a Espiritualidade e Cuidado Total com um valor de correlação de $r = .55$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a concordância com o a religiosidade maior é a concordância com o Cuidado Personalizado e com a Espiritualidade e Cuidado Total.

A Espiritualidade e Cuidado Total correlacionou-se ainda com o Cuidado Personalizado com um valor de correlação de $r = .68$; $p < .001$. Os resultados mostram que quanto maior é a concordância com o total da espiritualidade e cuidado maior é a concordância com o Cuidado Personalizado.

Com o fim de analisar as respostas às restantes questões do protocolo utilizado na investigação, foi realizada uma análise descritiva.

4.2.3. *Análise Descritiva*

A Tabela 10 mostra a opinião sobre quem deveria ser responsável pela prestação de cuidados espirituais.

Tabela 10 - Na sua opinião quem deveria ser responsável pela prestação de cuidados espirituais

	N	%
Enfermeiros	1	1.1
Capelães	1	1.1
Enfermeiros e capelães em conjunto	2	2.2
Enfermeiros capelães e pacientes	1	1.1
Líder religioso do paciente	3	3.3
Todos: enfermeiros / outros profissionais de saúde / capelães / família / amigos / líder religioso / elementos da equipa com formação nessa área	83	90.2
Outros	1	1.1

Quase na totalidade dos participantes a opinião é que todos os intervenientes, tais como enfermeiros, outros profissionais de saúde, capelães, família, amigos, líder religioso e elementos da equipa com formação nessa área, devem ser os responsáveis pela prestação de cuidados espirituais.

A Tabela 11 apresenta as respostas sobre a capacidade de abordar as necessidades espirituais dos doentes.

Tabela 11 - Sente que é capaz de abordar as necessidades espirituais dos seus doentes

	N	%
Sempre	9	9.8
Às vezes	83	90.2

A quase totalidade dos enfermeiros inquiridos referiu sentir-se capaz, apenas às vezes, de abordar as necessidades espirituais dos seus doentes, não tendo havido qualquer enfermeiro a referir nunca sentir essa capacidade.

A Tabela 12 apresenta as frequências e percentagens relativas à experiência de ter encontrado doentes com necessidades de cuidados espirituais.

Tabela 12 - Na sua prática clínica, já alguma vez encontrou doentes com necessidades espirituais

	N	%
Sim	56	59.6
Não	38	40.4

A maioria dos enfermeiros relatou ter já encontrado, na sua prática clínica, doentes com necessidades espirituais, havendo no entanto 40.4 % de enfermeiros que responderam negativamente.

A Tabela 13 apresenta as respostas, entre os enfermeiros que relataram ter encontrado esta necessidade, sobre a forma como tomaram conhecimento desta.

Tabela 13 - Como tomou consciência dessa necessidade

	N	%
O próprio doente	56	100.0
Plano de enfermagem	10	17.9
Capelães / líderes religiosos	4	7.1
Familiares / amigos dos doentes	27	48.2
Outros enfermeiros	15	26.8
Ouvindo e observando o doente	56	100.0

Todos os enfermeiros referiram ter tomado consciência dessa necessidade pelo próprio doente ou ouvindo-o e observando-o, havendo também casos em que além destas formas tomaram conhecimento por outras formas, tais como pelos familiares e amigos do doente (48.2%) ou por outros enfermeiros (26.8%).

A Tabela 14 revela se já foi encontrado diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual dos doentes.

Tabela 14 - Na sua prática clínica já identificou algum diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual dos doentes

	N	%
Não	45	60.8
Sufrimento existencial	2	2.7
Perca ou procura do sentido de vida	10	13.5
Necessidade de perdão	4	5.4
Reconciliação	2	2.7
Necessidade de reconhecimento como pessoa	2	2.7
Reforçar estratégias promotoras de dignidade	1	1.4
Revolta contra a religião	2	2.7
Medo de morrer	2	2.7
Desesperança	4	5.4

A maioria dos participantes referiram não ter identificado algum diagnóstico no âmbito da dimensão espiritual dos doentes (60.8%), mas entre os que responderam afirmativamente, as respostas mais frequentes foram Perda ou Procura do Sentido de Vida (13.5%) e Necessidade de Perdão (4.3%).

A Tabela 15 mostra se os enfermeiros questionados já frequentaram alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais.

Tabela 15 - Desde que se formou em enfermagem já frequentou alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais

	N	%
Sim	51	55.4
Não	41	44.6

Pouco mais de metade dos enfermeiros inquiridos (55.4%) responderam que tiveram após a licenciatura, alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais.

A Tabela 16 apresenta as opiniões relativas a essa formação.

Tabela 16 - Opiniões sobre a formação

	N	%
A formação ajudou-me a compreender o conceito de espiritualidade	26	51.0
Modifiquei a minha prática profissional após a formação	13	25.5
A formação possibilitou-me identificar com maior facilidade as necessidades espirituais e modos de intervenção junto do doente	38	74.5

Na maioria dos participantes referiram que a formação os ajudou a compreender o conceito de espiritualidade (51.0%) e que lhes possibilitou identificar com maior facilidade as necessidades espirituais e modos de intervenção junto do doente (74.5%).

Os motivos que levaram a não frequentar a formação, no caso dos enfermeiros que não a realizaram, são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Motivos que o levaram a não frequentar a formação

	N	%
Falta de conhecimento deste tipo de formação	24	58.5
Ausência de formação no âmbito da espiritualidade	16	39.0
Fatores económicos	12	29.3
Desvalorização da temática da espiritualidade	4	9.8
Pela existência de capelão	1	2.4

A maioria dos enfermeiros referiu que não frequentou a referida formação por falta de conhecimento deste tipo de formação (58.5%).

A Tabela 18 mostra como os participantes classificam a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual.

Tabela 18 - Como classifica a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual

	N	%
Nada	2	2.2
Muito importante	5	5.4
Insuficiente	43	46.7
Suficiente	24	26.1
Boa	18	19.6

Na maioria, os participantes desta investigação classificam a sua formação em relação à Espiritualidade e/ou Cuidado Espiritual como insuficiente (46.7%) ou Suficiente (26.1%), sendo poucos que a classificam como muito reduzida ou muito importante (7.6%).

A Tabela 19 mostra, no caso de os enfermeiros virem a receber informação em cuidados espirituais, que entidade(s) no seu entender, deve(m) ser responsável(is) por tal formação.

Tabela 19 -No caso de os enfermeiros virem a receber informação em cuidados espirituais, que entidade(s) no seu entender, deve(m) ser responsável(is) por tal formação

	N	%
Cursos de licenciatura	45	47.9
Cursos pós-graduação	40	42.6
Formação de serviços	68	72.3
Outros		
Estudos de casos reais	1	1.1
Workshops em congressos	1	1.1

A maioria dos participantes revela que esta formação deveria ser dada pelos serviços (72.3%).

A religião dos participantes é apresentada na Tabela 20.

Tabela 20 - Religião dos participantes

	N	%
Cristianismo	84	92.3
Agnosticismo	4	4.4
Ateísmo	3	3.3

A quase totalidade da amostra foi constituída por enfermeiros cristãos (92.3%).

A regularidade com que os enfermeiros praticam a sua religião é apresentada na Tabela 21.

Tabela 21 - Com que regularidade considera praticar a sua religião

	N	%
Diariamente	38	45.2
Semanalmente	11	13.1
Mensalmente	12	14.3
Anualmente	13	15.5
Não pratico	10	10.9

Quase metade dos enfermeiros revelou praticar diariamente a sua religião (45.2%).

Diferenças entre os participantes que diagnosticaram e não diagnosticaram, na sua prática clínica, no âmbito da dimensão espiritual dos doentes

A Tabela 22 apresenta as diferenças entre os participantes que diagnosticaram e não diagnosticaram, na sua prática clínica, no âmbito da dimensão espiritual dos doentes, avaliadas através do Teste T de *Student* para 2 amostras independentes.

Tabela 22 - Diferenças entre os participantes que diagnosticaram e não diagnosticaram, na sua prática clínica, no âmbito da dimensão espiritual dos doentes

	Não diagnosticou (N=45)		Diagnosticou (N=49)		t
	M	DP	M	DP	
Espiritualidade	19.56	5.242	21.53	2.57	-3.832***
Cuidado espiritual	21.29	2.78	20.90	2.76	.684
Religiosidade	8.42	1.69	8.84	1.53	-1.249
Cuidado personalizado	8.56	.99	8.51	1.34	.185
Espiritualidade e cuidado total	64.22	5.46	66.65	6.52	-19.50

*** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que diagnosticaram e não diagnosticaram, na sua prática clínica, no âmbito da dimensão espiritual dos doentes, apenas ao nível da Espiritualidade com $t(92) = -3.832$; $p \leq .001$. Os resultados mostram que os participantes que diagnosticaram doentes no âmbito da dimensão espiritual dos doentes apresentam um valor superior na dimensão Espiritualidade.

Diferenças entre os participantes que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais.

A Tabela 23 apresenta as diferenças entre os participantes que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais, avaliadas através do Teste T de *Student* para 2 amostras independentes.

Tabela 23 - Diferenças entre os participantes fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais

	Fez formação (N=51)		Não fez formação (N=41)		t
	M	DP	M	DP	
Espiritualidade	21.18	2.71	19.85	2.41	2.441*
Cuidado espiritual	20.92	2.79	21.44	2.72	-.895
Religiosidade	8.84	1.46	8.37	1.79	1.410
Cuidado personalizado	8.53	1.30	8.49	1.03	.167
Espiritualidade e cuidado total	66.22	6.03	64.63	6.19	1.236

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais, apenas ao nível da espiritualidade com $t(90) = 2.441$; $p = .017$. Os resultados mostram que os participantes que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais apresentam um valor superior na dimensão Espiritualidade.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A questão de investigação passava por saber: Que propriedades psicométricas estão presentes na *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale*, que permitam a sua validação em Portugal.

Atendendo ao anteriormente exposto, podemos afirmar que o número de questionários obtidos trata-se de um número suficiente para a concretização do objetivo do presente trabalho.

Antes de efetuar a análise fatorial tornou-se necessário submeter os resultados a testes estatísticos, nomeadamente ao Teste de esfericidade de *Bartlett*, de forma a testar se a matriz de correlação é uma matriz de identidade, devendo a pontuação obtida situar-se a baixo de .05 e ao KMO, que quanto mais próximo são os valores de 1 mais adequado será um conjunto de variáveis para a análise de fatores.

A análise fatorial encontrou uma estrutura, que apesar de estar de acordo com os autores da versão original (McSherry et al., 2002) em termos de número de fatores, não divide os itens da mesma forma do que a versão original, excetuando o quinto fator, que na versão original é eliminado por ter só um item.

Na estrutura fatorial encontrada na versão original a divisão dos itens parece mais correta, em termos de análise de conteúdos. Deste modo, optou-se por manter a estrutura fatorial original e estudar a sua consistência interna, ao nível dos quatro fatores Espiritualidade, Cuidados Espirituais, Religiosidade e Cuidados Personalizados e da Totalidade da Escala.

Após a eliminação do item (d) no fator Religiosidade, do item (q) no fator Cuidado Personalizado, por estarem a prejudicar a fidelidade da medida, os resultados obtidos em termos da consistência interna de cada dimensão e do total mostraram valores similares ou superiores aos da versão original (McSherry et al., 2002).

Mais especificamente, entre a versão portuguesa e a versão original, o valor de consistência interna da Espiritualidade é igual (.66), o da dimensão Cuidado Espiritual na versão portuguesa é ligeiramente inferior (.69 versus .73), o da dimensão Religiosidade é substancialmente superior na versão portuguesa (.69 versus .55), o mesmo acontece com a dimensão Cuidados Personalizados (.64 versus .48). A consistência interna do total da escala na versão portuguesa é também superior à da versão original (.76 versus .64) (McSherry et al., 2002).

Foi encontrado outro estudo onde foi estudada a consistência interna do total da medida, tendo sido apresentado um alfa de *Cronbach* de .85 (Khoshknab et al., 2010), não tendo os autores analisado a consistência interna das diversas dimensões. Embora a sua dimensão seja muito similar, a constituição da amostra do estudo de Khoshknab e colaboradores (2010) diferencia-se da amostra do presente estudo, por ser mais homogénea em termos de géneros e por ter uma média de habilitações académicas um pouco inferior. Talvez as diferenças obtidas entre os dois estudos possam advir deste facto. Neste sentido, Wong, Lee e Lee (2008) referem que na análise da espiritualidade e do cuidado espiritual há que ter em conta a influência das habilitações académicas e do género.

Num outro estudo, de McSherry e Jamieson (2011) o alfa de *Cronbach* obtido foi de .80, também superior ao da versão portuguesa, contudo este estudo foi feito em diversos países e numa amostra cerca de 43 vezes superior ($N = 4054$ enfermeiros), sendo esta diferença o suficiente para melhorar a consistência interna. É ainda de acrescentar que a amostra deste estudo internacional tinha um grande leque de religiões e maior percentagem de pessoas sem religião do que no presente estudo.

Existe correlação estatisticamente significativa entre as várias dimensões da escala e entre cada dimensão e o total da escala, não sendo esta demasiado elevada, o que mostra que as dimensões não se sobrepõem, mas que estão associadas.

Neste contexto, pode-se afirmar que a medida tem características psicométricas adequadas para se poder utilizar na população de enfermeiros portugueses.

Foram ainda analisadas as restantes respostas ao questionário. Destes resultados conclui-se que quase todos os participantes consideram que os responsáveis pela prestação de cuidados espirituais devem ser todos os intervenientes em conjunto, tais como enfermeiros, outros profissionais de saúde, capelães, família, amigos, líder religioso e elementos da equipa com formação nessa área, embora os enfermeiros, na sua generalidade, refiram sentir-se razoavelmente capazes de abordar as necessidades espirituais dos seus doentes, não tendo havido qualquer enfermeiro a referir nunca sentir essa capacidade.

Cerca de 60% dos enfermeiros relataram ter encontrado, na sua prática clínica, doentes com necessidades espirituais, o que mostra que esta situação é bastante frequente na sua prática profissional, sendo esta necessidade transmitida frequentemente pelo próprio doente, havendo também casos em que a necessidade foi transmitida por outras vias, tais como pelos familiares e amigos do doente ou por outros enfermeiros.

É concomitantemente interessante perceber que, mais de metade dos enfermeiros inquiridos terem tido, após a licenciatura, alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais. Todavia, os participantes classificaram, quase metade da amostra, a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual como insuficiente, o que reflete a necessidade de inclusão da espiritualidade e cuidado espiritual nos conteúdos de formação em enfermagem. No questionário aplicado aos enfermeiros podemos constatar que, a maioria dos participantes que receberam formação no âmbito da espiritualidade e/ou cuidado espiritual, os ajudou a compreender o conceito de espiritualidade e, conseqüentemente possibilitou-lhes identificar com maior facilidade as necessidades espirituais e modos de intervenção junto do doente.

É curioso perceber que os participantes que diagnosticaram no âmbito da dimensão espiritual dos doentes apresentam um valor superior na dimensão espiritualidade. Este resultado pode justificar que, pelo facto de estes enfermeiros apresentarem mais concordância com os itens da espiritualidade, estejam mais alerta para identificar, e conseqüentemente diagnosticar, este tipo de necessidades nos seus pacientes. No entanto, é importante salientar que, quando questionados se na sua prática clínica já identificaram algum diagnóstico de enfermagem na dimensão espiritual dos doentes, mais de metade dos enfermeiros responderam negativamente. Já num estudo realizado por Caldeira (2002) verificou a existência de uma lacuna por parte dos enfermeiros na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, pois somente 31.4% mencionaram já tê-lo feito, assim como a falta de formação destes profissionais de saúde acerca da espiritualidade e/ou cuidado espiritual. Estes resultados vêm demonstrar a extrema necessidade de inclusão da dimensão espiritual nos conteúdos de formação nas escolas de enfermagem. A preparação para a espiritualidade e cuidado espiritual deverá ser incluída na formação profissional, isto porque se os estudantes compreenderem a importância da espiritualidade nas suas próprias vidas, poderá ser mais fácil construir relações empáticas com os doentes, assim como avaliar as suas necessidades espirituais. O acompanhamento dos estudantes nas práticas clínicas constitui uma estratégia fundamental no apoio à identificação das necessidades espirituais, na aplicação de instrumentos para avaliar essas mesmas necessidades, na definição de diagnósticos e nas intervenções (Caldeira, 2011).

Os resultados mostram, ainda, que os participantes que fizeram formação sobre espiritualidade e/ou cuidado espiritual apresentam um valor superior na dimensão espiritualidade. No entanto, é normal que um enfermeiro que pessoalmente se preocupe

mais com questões da espiritualidade se interesse em ter mais formação na área, para melhor poder prestar os cuidados espirituais aos seus pacientes. Em Hong Kong foi realizado um estudo cujo objetivo passava por avaliar a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e cuidado espiritual, através da utilização da mesma escala do presente estudo onde se constatou que o nível de educação teve um impacto positivo com a percepção da espiritualidade e a promoção de cuidados espirituais. Os enfermeiros com elevados níveis educacionais apresentam um amplo nível de conhecimentos e competências perante os desafios do que respeita à promoção de cuidados espirituais. Desta forma, pode-se concluir que o nível educacional é um fator importante e que influencia a percepção dos enfermeiros face à espiritualidade e, consequentemente tem implicações no cuidado espiritual (Wong et al., 2008).

Num estudo realizado por Vlasblom et al., (2011) concluíram que, os enfermeiros após terem recebido formação no âmbito da espiritualidade e do cuidado espiritual, o seu comportamento sofreu alterações significativas, que se refletiu numa melhor avaliação e intervenção na espiritualidade dos doentes. Possivelmente os enfermeiros encontram-se melhor preparados para usarem a sua própria espiritualidade para discutir as necessidades e questões espirituais dos doentes. Em contexto de CP, sabe-se que os estudantes de enfermagem que são espiritualmente competentes encontram-se preparados para poder atender às necessidades espirituais em doentes em fase terminal (Mitchell, D., Bennett, M., Manfrin-Ledet, L., 2006). Desta forma, torna-se crucial desenvolver competências nos enfermeiros que prestam CP, de forma a proporcionarem o cuidado espiritual aos seus doentes, assim como o alívio do sofrimento espiritual quando confrontados com a finitude da vida.

Caldeira & Narayanasamy (2011) mostraram, após a análise dos programas de educação existentes acerca da espiritualidade em enfermagem publicados, que o ensino da espiritualidade não é suficientemente claro e objetivo. Assim sendo, “a divulgação de experiências ou programas de formação é importante, na medida que ajuda os enfermeiros responsáveis pela formação dos estudantes a comparar e desenvolver estratégias para incluir a espiritualidade na prática educativa” (Caldeira, 2011, p.127). Para que tal seja possível, é necessário mais investigação sobre esta temática de forma a melhorar o conhecimento e a própria educação sobre o cuidado espiritual, o que vai possibilitar que os doentes recebam cuidados mais adequados face às suas necessidades.

6. CONCLUSÕES

A revisão bibliográfica permitiu sensibilizar a pertinência da espiritualidade para a prestação holística nos cuidados de enfermagem, assim como para a definição da finalidade do estudo e os seus objetivos. Este enquadramento foi realizado através da compreensão do conceito de espiritualidade e cuidado espiritual, assim como da sua dinâmica. Posteriormente foi apresentada uma perspetiva dos cuidados holísticos de enfermagem e a sua ligação intrínseca com a espiritualidade, sensibilizando a sua pertinência para a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, mais concretamente em CP. Porque interessou enquadrar o estudo de tradução e validação realizado, apresentámos a SSCRS, a sua construção e as suas características.

Ao longo do estudo reuniram-se esforços e as possíveis condições para alcançar e consumir o objetivo traçado para esta investigação, pelo que podemos afirmar que esse mesmo objetivo foi alcançado.

O método adotado e os dados obtidos na amostra deste estudo são aceitáveis para a finalidade do estudo, pelo que se pode afirmar a *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale* – Versão Portuguesa apresenta razoáveis características psicométricas. Como tal, permite-nos sugerir que possa ser utilizada em futuros estudos, isto porque constatámos que a escala constitui um instrumento fiável e preciso e que pode ser utilizado por outros investigadores. No entanto, é necessário mais estudos e com amostra maiores para validar as propriedades psicométricas.

Ao terminar este trabalho, assumimos que os passos metodológicos foram tratados com todo o rigor e verdade científica. Fica-nos o desejo e a esperança de termos contribuído para a sensibilização dos enfermeiros em abordar as necessidades espirituais dos seus doentes, mais concretamente no doente paliativo. Queremos com tudo isto, contribuir para o crescimento da espiritualidade e num esforço conjunto entre os enfermeiros, estes procurem avaliar, planear e implementar cuidados que abordem as necessidades espirituais dos seus doentes.

6.1. *Limitações do Estudo*

As dificuldades encontradas centraram-se essencialmente na aplicação dos questionários eletrónicos. Assim como, não foi possível contactar todas as UCP e EIHS CP do país de forma a adquirirmos uma amostra mais significativa, não só pela ausência do(a) enfermeiro(a) chefe quer por indisponibilidade telefónica, assim como

não obtivemos a autorização de todas as UCP ou EIHSCP atempadamente, tal como já foi referido anteriormente. O fator tempo também não permitiu alargar o prazo relativo à colheita de dados, de forma a conseguirmos cumprir o prazo estipulado para a entrega do trabalho, porém, reconhecemos que dentro destas limitações atingimos resultados no estudo que permitem a sua replicação e continuidade na investigação.

Destacamos ainda a validação de um instrumento que permite avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e ao cuidado espiritual, que poderá despoletar a otimização desses mesmos cuidados. Um outro aspeto positivo foi constatar o interesse por parte de alguns enfermeiros, em ter conhecimento das conclusões do nosso estudo, assim como desejo em adquirirem competências no âmbito da espiritualidade e do cuidado espiritual.

6.2. Implicações

Como sugestões de estudos futuros seria interessante fazer-se o estudo das características psicométricas mediante o Modelo de *Rasch*. Este tipo de modelo, mais do que analisar os resultados do próprio teste, permite analisar a interação entre os sujeitos e os itens. Apresenta como característica central o facto de “ser independente quer dos itens quer dos indivíduos. Isto é, se o modelo de *Rash* se ajusta a um conjunto de dados, as características dos itens não são dependentes de uma amostra em particular; os parâmetros estimados para os itens manter-se-ão se submetidos a uma amostra diferente (Pimentel, 2006, p.80). Tendo em conta que, uma das limitações do nosso estudo foi a necessidade de anular 15 respostas, o Modelo de *Rasch* seria uma mais-valia, uma vez que permitiria incluir na análise os questionários incompletos.

Através da validação da SSCRS – Versão Portuguesa será possível avaliar a perceção dos enfermeiros face à espiritualidade e/ao cuidado espiritual e, desta forma adequar as intervenções junto dos enfermeiros para potenciar as suas capacidades no cuidado espiritual. Os resultados do estudo mostram que, todos os itens apresentaram maior frequência nas categorias de concordância quer na dimensão da espiritualidade, do cuidado espiritual, do cuidado personalizado e na religiosidade. Podemos desta forma concluir que, os participantes reconhecem o interesse e a importância da espiritualidade e do cuidado espiritual, assim como a pertinência da abordagem das necessidades espirituais na prestação de cuidados no doente paliativo.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem na dimensão espiritual poderá assumir um passo determinante na prática clínica, uma vez que facilitará a atribuição equitativa de doentes aos enfermeiros, de acordo com as suas necessidades. É através desta distribuição equitativa que permite ao enfermeiro ter maior disponibilidade em abordar as necessidades espirituais dos seus doentes.

Esperemos que este trabalho possa ser um incentivo para que se explore novos trabalhos acerca da importância da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual, mais concretamente na prática clínica, de forma a suportar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros com base na melhoria da qualidade dos cuidados holísticos de enfermagem.

No sentido de promover a aquisição de competências na área da espiritualidade, poderá ser um ponto de partida os enfermeiros tomarem consciência da sua própria espiritualidade de forma a estarem mais despertos para o cuidado espiritual nos doentes. Um bom suporte espiritual poderá facilitar o processo de adaptação à doença, assim como no crescimento espiritual em fim de vida.

RERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baldacchino D: Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 15; 2006: 885- 894.

Baldacchino D: Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice* 11; 2011: 47-52.

Barbosa A, Neto I: Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa, 2010, 2ª Edição.

Beaton D, et al.: Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. American Academy of Orthopaedic Surgeons, Institute for Word & Health, 1998.

Bermejo J: Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos, Editorial Sal Terrae, Cantabria, 2009.

Bradshaw A: The legacy of Nightingale. *Nursing Times* 92 n.6; 1996: 42-43.

Burnard P: The spiritual needs of atheists and agnostics. *Professional Nurse* 4 n.3; 1988: 130-132.

Bush T, Bruni N: Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation. *International Journal of Palliative Nursing* 14 n.11; 2008: 539-544.

Caldeira S: Cuidar do Homem face à dimensão espiritual. *Revista Nursing* 163; 2002: 17- 22.

Caldeira S: Cuidado Espiritual – Rezar Como Intervenção De Enfermagem. *CuidArte Enfermagem* 3 n.2; 2009: 157-164.

Caldeira S: Espiritualidade no Cuidar, Coisas de Ler, Lisboa, 2011, 1ª Edição.

Caldeira S & Narayanasamy A: Programas de Educação em Enfermagem acerca da Espiritualidade: uma revisão sistemática. CuidArte Enfermagem 5 n.2; 2011: 123-128.

Caldeira S, Castelo Branco Z & Vieira M: A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. Revista de Enfermagem Referência 5; 2011: 145 – 152.

Caldeira S: A espiritualidade no currículo de enfermagem. Revista Nursing Portuguesa 282; 2012: 18-21.

Chan M: Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. Journal of Clinical Nursing 19; 2009: 2128-2136.

Chochinov H: Dying, Dignity and New Horizons in Palliative Care. Palliative Enf-of-Life 56 n.2; 2006: 88-98.

Daaleman T, et al.: An Exploratory Study of Spiritual care at the End of Life. Annals of family Medicine 6 n.5; 2008: 407-410.

Desbies J, Fillion L: Coping Strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses, International Journal of Palliative Nursing 13 n.6; 2007: 291-299.

Edwards A, et al.: The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative resarch. Palliative Medicine 24 n.8; 2010: 753-770.

European Association for Palliative Care: European Association for Palliative Care: Definition and aims, 1998, [Internet] Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>. [Consult. 02 Fevereiro de 2012].

Fortin M: Fundamentos e etapas do processo de investigação, Lusodidacta, Loures, 2009.

Gijsberts M, et al.: Spirituality at the End of Life: Conceptualization of Measurable Aspects - a Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine* 14 n.7; 2011: 852-858.

Guillemin F: Cross-cultural Adaptation and validation of Health Status Measures. *The Scandinavian Journal of Rheumatology* 24; 1995: 61-63.

Hanson L, et al.: Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine* 11 n.6; 2008: 907- 913.

Hills J, et al.: Spirituality and Distress in palliative Care Consultation. *Journal of Palliative Medicine* 8 n.4; 2005: 782-78.

International Council of Nurses: The International Council of Nurses Code of Ethics for Nurses, Geneva, 2006.

Khoshknab M: Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. *Journal of Clinical Nursing*; 2010: 2939-2941.

McSherry M: Spirituality in nursing practice: an interactive approach, Churchill Livingstone, Londres, 2000.

McSherry W: Making sense of Spirituality in nursing and health care practice, London, 2006, 2ª Edição.

McSherry W: RCN spirituality survey 2010: A report by the Royal College of Nursing on members' views on spirituality and spiritual care in nursing practice. London; 2011: 3-37.

McSherry W, et al.: The Construct of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies* 39; 2002: 723-734.

McSherry W, Cash K: The language of spirituality: an emerging taxonomy, *International Journal of Nursing Studies* 41; 2003: 151-161.

McSherry W, et al.: The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A surveys of students nurses perceptions. Nurse education Today 28; 2008: 1002-1008.

McSherry W, Jamison S: An online surveys of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Journal of Clinical Nursing 20; 2011: 1757-1767.

Mitchell D, Bennett M & Manfrin - Ledet L: Spiritual Development of Nursing Students: Developing Competences to Provide Spiritual Care to Patients at the End of Life. Journal of Nursing Education 45 n.9; 2006: 366-369.

Narayanasamy A: ASSET: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in nursing. Nurse Education Today 19; 1999: 274-283.

Narayanasamy A: Spiritual Care: A practical guide for nurses and health care practitioners, Quay Books, Wilshire, 2001, 2ª Edição.

National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2009, 2ª Edição. [Internet]. Disponível em: <http://www.nationalconsensusproject.org/> [Consult. 02 fevereiro de 2012].

Nunnally J: Psychometric theory. McGraw-Hill, New York, 1978.

Nussbaum G: Spirituality in critical care: Patient Comfort and Satisfaction. Critical Care Nursing Quarterly 26 n.3: 2003: 214-220.

Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Edição Ordem dos Enfermeiros, 2003.

Ordem dos Enfermeiros: Cuidados Paliativos Para Uma Morte Digna: Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), 2010, Edição Ordem dos Enfermeiros.

Pestana M, Gageiro J: *Análise de dados para ciências sociais - A complementariedade do SPSS*, Edições Sílabo, Lisboa, 2008, 4ªEdição.

Piecer J, Hutton E: Applying the new concepts of the Neuman systems model. *Nursing Forum* 27 n.1; 1992: 15-18.

Pimentel F: *Qualidade de Vida e Oncologia*. Edições Almedina, Coimbra, 2006.

Phaneuf M: *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Quarteto Editora, Coimbra, 2001.

Puchalski C: Spirituality and Health: the Art of Compassionate Medicine. *Hospital Physician*; 2001: 30-36.

Ribeiro J: *Metodologia de Investigação*. Legis Editora, Porto, 2010, 3ªEdição.

Schwartz M: *Amar e Viver - Lições de um Mestre Inesquecível*. Pergaminho, Cascais, 2006, 1ªEdição.

Scobie G, Caddell C: Quality of life at End of Life: Spirituality and Coping mechanisms in Terminally Ill Patients. *The Internet Journal of Pain, Symptom Control and Palliative Care* 4 n.1; 2005:1528-1552.

Steinhauser K, et al.: Factores Considered Important at the End of Life by patients, family, Physicans and Other Care Providers. *JAMA* 284 n.19; 2000: 2476-2482.

Twycross R: *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores, Lisboa, 2003, 2ªEdição.

Vilelas J: *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo, Lisboa, 2009, 1ªEdição.

Vlasblom J, et al.: Effects of a spiritual acre training for nurses. *Nurse Education Today* 31; 2011: 790-796.

Wong K, Lee L. & Lee J: Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review* 55; 2008:333-340.

World Health Organization: Definition of Palliative Care, 2002, [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Consult. 02 Fevereiro 2012].

Zalenski R, Raspa R: Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal of Palliative Medicine* 9 n.5; 2006:1121-1126.

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados Original



Part C

SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE RATING SCALE

For each question please circle one answer which best reflects the extent to which you agree or disagree with each statement.

a) I believe nurses can provide spiritual care by arranging a visit by the hospital Chaplain or the patient's own religious leader if requested.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

b) I believe nurses can provide spiritual care by showing kindness, concern and cheerfulness when giving care.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

c) I believe spirituality is concerned with a need to forgive and a need to be forgiven.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

d) I believe spirituality involves only going to Church/Place of Worship.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

e) I believe spirituality is not concerned with a belief and faith in a God or Supreme being.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

f) I believe spirituality is about finding meaning in the good and bad events of life.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

g) I believe nurses can provide spiritual care by spending time with a patient giving support and reassurance especially in time of need.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

h) I believe nurses can provide spiritual care by enabling a patient to find meaning and purpose in their illness.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

i) I believe spirituality is about having a sense of hope in life.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

j) I believe spirituality is to do with the way one conducts ones life here and now.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

k) I believe nurses can provide spiritual care by listening to and allowing patients time to discuss and explore their fears, anxieties and troubles.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

l) I believe spirituality is a unifying force which enables one to be at peace with oneself and the world.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

m) I believe spirituality does not include areas such as art, creativity and self expression.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

n) I believe nurses can provide spiritual care by having respect for privacy, dignity and religious and cultural beliefs of a patient.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

o) I believe spirituality involves personal friendships, relationships.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

p) I believe spirituality does not apply to Atheists or Agnostics.

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

q) I believe spirituality includes peoples morals

Strongly Disagree	Disagree	Uncertain	Agree	Strongly Agree
*	*	*	*	*

***Anexo II – Autorização para a Utilização do Instrumento de
Recolha de Dados***

Centre For

Practice and
Service
Improvement



Centre for Practice and Service Improvement
Staffordshire University
Blackheath Lane
Stafford
ST18 0AD

Email: wilf.mcsberry@staffs.ac.uk
Direct line: 01785 353630
Fax: 01785 353731

16 November 2011

Dear Silvia,

Re: SSCRS Permission

Thank you for the interest you have shown in my research and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). I hereby give you authorisation and permission to reproduce or use the scale in the research with your Student. There is no fee for using the scale or the questionnaire; however I would appreciate if you could forward me a copy of your research findings and report when completed.

I enclose a copy of the questionnaire in which the SSCRS can be found. If you require any further information, please contact me.

The scale was developed as part of descriptive study. If you want to obtain a copy of my original thesis - you should be able to receive through Inter Library Loan the title is - A Descriptive Survey of Nurses' perceptions of Spirituality and Spiritual Care Unpublished Master of Philosophy Thesis, The University of Hull, England.

A summary of how the SSCRS was constructed was published in the International Journal of Nursing Studies 2002:

McSherry W., Draper P, Kendrick D (2002) Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care *International Journal of Nursing Studies* 39 (7) 723 - 734

May I take this opportunity to wish you all the best with your research. If I can be of any assistance in the future then do not hesitate to contact me again.

Yours sincerely,

Professor Wilfred McSherry

**Professor in Dignity of Care for Older People
Centre for Practice and Service Improvement**

■ **CREATE THE DIFFERENCE**

Anexo III – Questionário e Instrumento de Colheita de Dados
Adaptado

Questionário

Percepção dos enfermeiros face à Espiritualidade e ao Cuidado Espiritual

Por favor, forneça a informação pessoal necessária. É importante que preencha este questionário individualmente e que responda a todas as perguntas.

(Não existem perguntas certas ou erradas, por favor responda honestamente)

Parte A

(Marque com um “X” no quadrado apropriado)

1. Género

Masculino ☐

Feminino ☐

2. Idade

21 – 29 ☐

50 – 59 ☐

30 – 39 ☐

Mais de 60 ☐

40 – 49 ☐

Parte B

1. Habilitações Literárias

Bacharelato ☐

Mestrado ☐

Licenciatura ☐

Doutoramento ☐

Pós-Graduação ☐

Outra(s): _____

Especialidade ☐

2. Regime de Trabalho

Tempo Inteiro ☐

Tempo parcial ☐

Ambos ☐

3. Horário de Trabalho

Trabalho por turnos ☐

Horário Fixo ☐

4. Tempo de experiência profissional na área de Cuidados Paliativo

Menos de 2 anos ☐

6 – 8 anos ☐

2 – 4 anos ☐

8 – 10 anos ☐

4 – 6 anos ☐

Mais de 10 anos ☐

Parte C

Para cada alínea. Por favor, assinale a resposta que melhor reflectir o seu nível de acordo ou desacordo com a afirmação.

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo totalmente
a) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao providenciarem a visita do padre do hospital ou do representante da religião do doente, se solicitado pelo mesmo.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao mostrarem simpatia, preocupação e boa disposição quando prestam os cuidados.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
c) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a necessidade de perdoar e ser perdoado.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
d) Acredito que a espiritualidade envolve apenas a ida à Igreja/Local de Culto.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
e) Acredito que a espiritualidade não está relacionada com a crença e a fé em Deus ou numa Entidade Superior.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
f) Acredito que a espiritualidade está relacionada com encontrar um significado nos bons e maus momentos da vida.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo totalmente
g) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao disponibilizarem tempo com o doente, dando-lhe apoio e conforto especialmente em situações de necessidade.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
h) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao ajudar o doente a encontrar um significado e um propósito para a sua doença.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
i) Acredito que a espiritualidade está relacionada com o sentimento de esperança na vida.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
j) Acredito que a espiritualidade está relacionada com a forma como cada pessoa vive a sua vida aqui e agora.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
k) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais ao escutarem e ao disponibilizarem tempo para os doentes falarem e explorarem os seus medos, ansiedades e problemas.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
l) Acredito que a espiritualidade é uma força unificadora que permite a uma pessoa estar em paz consigo e com o mundo.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
m) Acredito que a espiritualidade exclui áreas como a arte, a criatividade e a expressão própria.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo totalmente
n) Acredito que os enfermeiros podem proporcionar cuidados espirituais respeitando a privacidade, dignidade e as crenças religiosas e culturais do doente.	●	●	●	●	●
o) Acredito que a espiritualidade envolve amizades e relações interpessoais.	●	●	●	●	●
p) Acredito que a espiritualidade não se aplica a ateus ou agnósticos.	●	●	●	●	●
q) Acredito que a espiritualidade inclui os princípios morais de cada um.	●	●	●	●	●

1. Na sua opinião, quem deveria ser responsável pela prestação de cuidados espirituais?

(Por favor, assinale o(s) quadrado(s) adequado(s))

- Enfermeiros ☐
- Capelães ☐
- Outros profissionais de saúde ☐
- Enfermeiros e capelães em conjunto ☐
- Enfermeiros, capelães e pacientes ☐
- Líder religioso do paciente ☐
- Famíliares e amigos do paciente ☐
- Todos: enfermeiros/capelães/pacientes/família/amigos/líder religioso ☐
- “A prestação de cuidados espirituais não é dever do enfermeiro” ☐
- Outro (Por favor, especifique): _____

2. Sente que é capaz de abordar as necessidades espirituais dos seus doentes?

- Sempre ☐
- Às vezes ☐
- Nunca ☐

3. Na sua prática clínica, já alguma vez encontrou pacientes com necessidades espirituais?

Sim ☐

Não ☐

Se “sim”, como tomou consciência dessa necessidade?

(Por favor, assinale no(s) quadrado(s) mais adequado(s))

O próprio paciente ☐

Famíliares/Amigos do paciente ☐

Plano de enfermagem ☐

Outros enfermeiros ☐

Capelães/Líderes religiosos ☐

Ouvindo e observando o paciente ☐

Outro (Por favor especifique): _____

4. Na sua prática clínica já identificou algum diagnóstico (s) no âmbito da dimensão espiritual dos pacientes?

Sim ☐

Não ☐

Se “sim” refira-o (s): _____

5. Desde que se formou em enfermagem já frequentou alguma formação sobre espiritualidade e/ou cuidados espirituais?

Sim ☐

Não ☐

Se “**sim**” quais das seguintes afirmações se adequa mais à sua opinião:

“A formação ajudou-me a compreender o conceito de espiritualidade.” ☐

“Modifiquei a minha prática profissional após a formação.” ☐

“A formação possibilitou-me identificar com maior facilidade as necessidades espirituais e modos de intervenção junto do paciente” ☐

Outra (s): _____

Se “**não**” qual o(s) motivo(s) que a/o levaram a não frequentar a formação:

Falta de conhecimento deste tipo de formação ☐

Ausência de formações no âmbito da espiritualidade ☐

Fatores económicos ☐

Desvalorização da temática da espiritualidade ☐

Outro(s) _____

6. Como classifica a sua formação em relação à espiritualidade e/ou cuidado espiritual?

Nada ☐ Suficiente ☐

Muito insuficiente ☐ Boa ☐

Insuficiente ☐ Excelente ☐

7. No caso de os enfermeiros virem a receber formação em cuidados espirituais, que entidade, no seu entender, deve ser responsável por tal formação?

Cursos de Licenciatura ☐ Formação nos serviços ☐

Cursos Pós-Graduados ☐

Outro (Por favor, especifique): _____

8. No caso de receber formação em cuidados espirituais, que temas considera importante desenvolver.

Parte D

1. Qual a sua religião?

Cristianismo ☐

Agnosticismo ☐

Islamismo ☐

Hinduísmo ☐

Budismo ☐

Ateísmo ☐

Outra (por favor, especifique): _____

2. Com que regularidade considera praticar a sua religião?

Diariamente ☐

Mensalmente ☐

Semanalmente ☐

Anualmente ☐

Outro: _____

Parte E

Partilhe ideias e pensamentos acerca da espiritualidade e do Cuidados Espiritual que não tenham sido abordadas no questionário.

Anexo IV – Autorização para a Recolha de Dados



Exma/o. Sra/o. Enfermeira/o,

Sou a Andreia Raquel Martins, encontro-me a frequentar o 2º Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina do Porto, na qual estou a realizar um Trabalho de Projecto cujo tema é a Percepção dos Enfermeiros face à Espiritualidade e o Cuidado Espiritual: Adaptação Transcultural da “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale”, orientado pelo Professor Doutor Francisco Pimentel e pela Enfermeira Mestre Silvia Caldeira.

A escala em questão foi criada por Wilfred McSherry no Reino Unido em 1997 no sentido de compreender a percepção dos enfermeiros face à Espiritualidade e ao Cuidado Espiritual. Consciente da importância da espiritualidade na dinâmica dos Cuidados Paliativos, e devido à inexistência de um instrumento validado para a realidade Portuguesa que nos permita avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente à espiritualidade e ao cuidado espiritual. Este estudo permitirá conhecer essa realidade, em particular, nos enfermeiros que desempenham funções em contexto de cuidados paliativos.

Com base na concretização deste objectivo, solicito à Exma/o. Sra/o. Enfermeira/o que possa reunir juntos dos enfermeiros da sua unidade/equipa de cuidados paliativos os e-mails dos que possam estar interessados em participar, com o objectivo de lhes ser enviado o link para preenchimento do questionário. O questionário é electrónico, pode ser preenchido no momento e local que considerarem mais pertinente. É constituído por 4 partes, incluindo a escala.

Salvaguardamos a confidencialidade das informações disponibilizadas e garantimos o anonimato das respostas, visto que após enviado o questionário não teremos acesso à identificação do enfermeiro que o enviou.

Disponibilizo-me para informar a Sra. Enfermeira acerca dos resultados do estudo, assim o terminemos e caso o deseje.

Agradeço a sua colaboração, assim como de todos os enfermeiros que pretenderem colaborar neste nosso projecto!

Pode, por favor, enviar os dados solicitados para o meu e-mail: araquelmartins@live.com.pt

Pode sempre contactar-me através do telemóvel: 918641104

Cumprimentos,

Andreia Raquel